

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ
M. LANNOIS

P. SEBILEAU
E. LOMBARD

COMPAGNIE FRANÇAISE DES PEROXYDES
PARIS — 17, Rue d'Athènes, 17 — PARIS

USAGE INTERNE MgO_2 TRAITEMENT DES MALADIES ZnO_2 USAGE EXTERNE
HOPOGAN ECTOGAN

de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx
PAR

L'EKTOGAN-BOCQUILLON

Flacon-Poudreur et Pansements spéciaux — Exiger la marque et le nom "Bocquillon"
PRIX SPÉCIAUX POUR HOPITAUX ET MAISONS DE SANTÉ

PH^{acie} BOCQUILLON-LIMOUSIN
PARIS — 2 bis, rue Blanche, 2 bis — PARIS

CHIRURGIE ASEPTIQUE
Pansements J.-A. FAURÉ

26, Rue des Petits-Champs

VICHY - ETAT
CÉLESTINS GRANDE GRILLE HOPITAL

PENGHAWAR VICARIO

Hémostatique végétal stérilisé en applications sur les points hémorragiques

ANESTHÉSQUES

OBJETS DE PANSEMENTS

PH^{ie} VICARIO, 17, boul^d Haussmann, Paris (à l'angle de la rue du Helder)

*Reconstituant général,
Dépression
du Système nerveux,
Neurasthénie.*

PHOSPHO-GLYCÉRATE
DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER
NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE
NEUROSINE-CACHETS

DÉPOT GÉNÉRAL :
CHASSAING et C^{ie}, Paris, 6, avenue Victoria

*Débilité générale,
Anémie,
Phosphaturie,
Migraines.*

ERSEOL PRUNIER

(Sulfosalicylate de Quinoléine pur)

Anti-Rhumatismal
Anti-Grippal
Anti-Infectieux

BROMÉTHYLE FAURE

POUR ANESTHÉSIE

DANS LES OPÉRATIONS SPÉCIALES

26, Rue des Petits-Champs

TUBERCULOSE, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, MALADIES de la CROISSANCE, etc.

Sirop d'HYPOPHOSPHITE de CHAUX du D^r CHURCHILL

Le Meilleur agent de la Médication Reconstituante par le Phosphore.

Plus Efficace que l'Acide Phosphorique et ses dérivés.

PRIX : 4 fr. franco. — Pharmacie SWANN, 12, Rue de Castiglione, PARIS.



MÉMOIRES ORIGINAUX

I

MÉNINGITE SÉREUSE, OEDÈME PAPILLAIRE,
ET POLYNÉVRITE MULTIPLE DES NERFS CRANIENS
CHEZ UN JEUNE FUMEUR ALCOOLIQUE (1).

Par J.-N. ROY,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada).

L'observation suivante est fort intéressante non seulement pour l'oto-rhino-laryngologiste, mais aussi pour l'ophtalmologiste et le neurologiste. En effet, le malade qui fait le sujet du présent travail a souffert de cécité, de surdité, de paralysie totale du voile du palais, et d'hémiplégie laryngée, à la suite d'intoxication par l'alcool et le tabac. Il s'est également développé chez lui une méningite séreuse et de l'œdème papillaire consécutif. Nous avons essayé vainement, dans nos nombreuses recherches bibliographiques, de trouver un cas semblable à celui-ci ; aussi nous croyons que cet empoisonnement, avec ses symptômes complexes, nous met en présence d'une observation sinon unique, du moins des plus rares.

OBSERVATION. — M. O. L., âgé de 23 ans, nous est amené à l'Hôtel-Dieu, le 22 avril 1909, pour nous consulter au sujet de ses yeux, de ses oreilles et de sa gorge. Il raconte qu'après avoir pris une grande quantité d'alcool, et avoir fumé beaucoup, il est devenu subitement aveugle, que ses oreilles entendent moins bien, et que lorsqu'il mange les aliments lui passent par le nez.

Comme antécédents héréditaires, le malade nous dit que son père est en excellente santé, et que sa mère est morte de tuberculose.

(1) Communication au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. Mai 1912.

Il a un frère et trois sœurs qui se portent bien. Il semble ne pas y avoir de diathèse nerveuse dans sa famille.

A part les maladies de l'enfance, notre patient n'a jamais souffert d'aucune affection autre que celles produites par l'alcool et le tabac. Dès l'âge de 19 ans, il fumait et buvait beaucoup. De 20 à 23 ans, il augmenta la dose, et nous affirme qu'il trouvait quelquefois le moyen de prendre 30 verres de genièvre et de fumer en inhalant jusqu'à 75 cigarettes par jour. Pendant cette période de trois ans il avait de temps à autre des crises épileptiformes qui se répétaient même deux fois dans les 24 heures.

Le malade durant quelques semaines se reposait alors de ces excès alcoolico-tabagiques, pour recommencer ensuite avec une nouvelle ardeur.

L'an dernier à pareille date, il aurait fait un peu d'amblyopie toxique qui a disparu graduellement. La constitution est très robuste, et il digère très bien, ce qui lui a permis de résister jusqu'à aujourd'hui.

Depuis la fin de mars 1909, après une dizaine de jours d'abus de tabac et d'alcool, notre patient a commencé à se plaindre de maux de tête qui ont toujours été en augmentant. Il remarqua dès la première semaine d'avril que sa vision n'était pas aussi bonne qu'autrefois. Après avoir pris énormément d'alcool et fumé beaucoup pendant trois jours, il constata en s'éveillant le 19 avril au matin qu'il était absolument aveugle.

Le malade dans ces circonstances faisait toujours usage de genièvre et affirme n'avoir jamais bu d'alcool méthylique. Les cigarettes dont il se servait étaient le « scocet caporal » américain qu'il fumait en inhalant.

Le 20, il ne put rien distinguer, et ce ne fut que le 21 qu'il commença à voir un peu.

Il avait des vomissements, mais n'était pas constipé.

Pas de frissons, pas de délire, pas de convulsions.

Bien qu'il n'eût pas de bourdonnements, son audition était moins claire qu'avant. Les maux de tête généralisés étaient très forts. Le 22^e jour, où nous voyons le malade pour la première fois, voulant manger, il constata que les aliments lui revenaient par le nez.

A l'examen des yeux nous trouvons que les pupilles, plus dilatées qu'à l'état normal, se laissent légèrement impressionner par la lumière.

L'ophtalmoscope nous permet de voir une papillite double moyennement prononcée. A part la mauvaise circulation qui en résulte, le reste du fond de l'œil est physiologique.

Le malade compte les doigts à un mètre avec ses deux yeux séparément.

Les muscles oculo-moteurs fonctionnent bien, et il n'y a pas de nystagnus.

La sensibilité conjonctivale et cornéenne est normale.

A la rhinoscopie antérieure nous constatons à gauche une déviation de la cloison, et à droite une rhinite hypertrophique.

Il n'y a pas d'anosmie.

L'examen du pharynx nous permet de voir une paralysie totale du voile du palais. Celui-ci est abaissé d'une manière symétrique et la voix est nasonnée. Cependant sa sensibilité tactile est conservée sur toute son étendue. Vu la cause de l'affection nous n'avons pas cru devoir nous servir d'électricité pour compléter notre diagnostic.

A la rhinoscopie postérieure nous trouvons de légères queues de cornets.

La langue au point de vue moteur et sensitif est absolument normale, et le goût est conservé.

L'examen laryngoscopique nous révèle une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit. La corde vocale correspondante est immobilisée en position médiane, ce qui explique que la voix n'est pas altérée. L'aryténoïde droit est légèrement basculé en avant. Le larynx a conservé sa sensibilité physiologique au contact d'une sonde.

Il n'y a pas de toux coqueluchoïde ni de tachycardie.

Le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien ne sont pas altérés dans leurs mouvements.

Les conduits auditifs ne sont pas obstrués et l'aspect des tympons est normal. Le malade n'a pas de bourdonnements, toutefois il est sourd. Il n'entend qu'à deux mètres une montre dont le bruit devrait être perçu à six mètres. Les épreuves de la voix chuchotée sont concordantes avec celles de la montre.

Le Weber est non latéralisé et le Rinne est positif.

Le Gellé est également positif, et le Schvabach est raccourci.

Les épreuves de Barany avec l'eau chaude ne nous permettent de constater aucun trouble labyrinthique.

L'examen de la face ne révèle pas d'état pathologique de la motilité ou de la sensibilité.

Température : 37° 7.

Pouls : 65.

Outre ses maux de tête le malade se plaint d'un peu de raideur de la nuque.

Le Kernig existe aussi sans être toutefois fortement prononcé.

Etat absolument physiologique de tous les autres organes, ainsi que des réflexes.

Il n'y a pas d'autres paralysies.

Le patient ne présente aucun symptôme d'hystérie, pas de tuberculose ni spécificité. Les urines sont normales.

En présence de cet œdème papillaire, il était tout indiqué de recourir à la ponction lombaire, ce qui fut fait séance tenante.

Le liquide céphalo-rachidien, qui était limpide, sortit sous forte pression et environ 20 centimètres cubes furent enlevés.

Le cyto-diagnostic permit de trouver un assez grand nombre de lymphocytes et de polynucléaires, avec prédominance de ces derniers.

L'ensemble des symptômes observés chez notre patient nous fit faire le diagnostic de méningite séreuse et de polynévrite multiple des nerfs crâniens par intoxication alcoolico-nicotinique.

Notre excellent ami le Dr Dubé voulut bien suivre avec nous ce malade que nous trouvions des plus intéressants.

Afin de lui faire éliminer ces poisons le plus rapidement possible, nous lui prescrivons le régime lacté absolu, une tasse d'eau très chaude le matin au réveil, des injections à la tempe de sulfate de strychnine, dix gouttes d'une solution au centième une fois par jour, et de la glace sur la tête.

La ponction lombaire eut pour propriété d'améliorer sa vision dès le lendemain en diminuant la compression papillaire. Toutefois, comme la céphalalgie semblait ne pas vouloir disparaître assez rapidement après l'exacerbation du moment, nous lui faisons une seconde ponction quatre jours après la première. Quoique le liquide fût encore augmenté un peu de pression, il l'était cependant moins cette fois, et le cyto-diagnostic nous donna relativement le même résultat qu'au premier examen.

4^{er} mai. — Depuis hier, les maux de tête ont disparu ainsi que les vomissements qui n'ont jamais été très abondants.

La température est 37°, 3, et n'a pas dépassé 38° depuis le début de la maladie.

Le patient va à la selle régulièrement et il n'a jamais eu de diarrhée ou de constipation.

La raideur de la nuque et le Kernig ont également disparu.

La vision sans verres correcteurs a augmenté 1/4, et la papillite diminue.

Il n'y a pas de scotome central, et les couleurs sont vues normalement.

L'audition est la même.

Pour ce qui est de la gorge, l'hémiplégie laryngée, et la paralysie

du voile du palais ne sont pas améliorées, et le malade s'alimente assez difficilement.

8 mai. — L'œdème papillaire est moins considérable, et la circulation oculaire est meilleure. Nous faisons la réfraction qui nous donne le résultat suivant :

$$\text{O. D. } 40^{\circ} + 0.25 + 0.50 \text{ V} = 1/2$$

$$\text{O. G. } 120^{\circ} + 0.50 \text{ V} = 1/2$$

Le malade entend maintenant la montre à trois mètres.

Le voile du palais et la corde vocale droite commencent à remuer un peu.

La température est normale, ainsi que le pouls.

15 mai. — Les papilles sont floues et l'œdème a disparu. La vision avec les verres est de 2/3.

La montre est entendue à 4^m,50

Le voile du palais est relativement mobile des deux côtés.

La corde vocale droite se dilate assez bien.

25 mai. — Le malade est absolument guéri et laisse l'hôpital. Ses yeux, ses oreilles, son larynx sont maintenant dans un état normal et ces différents organes ont repris le maximum de leur fonctionnement physiologique.

Cette observation que nous venons de rapporter brièvement mérite bien, il nous semble, que nous nous arrêtions quelque peu. En effet la méningite séreuse décrite pour la première fois d'une manière complète par Quincke en 1893, n'a pas été admise par tous les médecins. Ce n'est pas notre intention d'appuyer ou de combattre les arguments qui ont été donnés pour ou contre cette maladie. Cependant en présence des symptômes que nous avons rencontrés chez notre patient, lesquels étaient caractérisés par la céphalalgie, les vomissements, le Kernig, la raideur de la nuque, la papillite, l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien à la ponction lombaire, et le nombre assez considérable de lymphocytes et de polynucléaires au cyto-diagnostic, il serait, croyons-nous, difficile de vouloir nier la méningite dans notre cas. Comme cette affection a évolué presque sans température, que les symptômes étaient plutôt atténués, que l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a révélé la présence d'aucun microbe, que le malade n'avait pas de diathèse, et qu'au point de vue méningite, il a guéri dans l'espace de huit jours, la classi-

fication sérieuse pour nous s'impose. La nicotine et surtout l'alcool absorbés encore cette fois en plus grande abondance chez un sujet déjà intoxiqué, tout en altérant certaines paires nerveuses, ont causé une irritation aiguë des méninges, qui a été la cause de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, et des phénomènes consécutifs. Il serait d'ailleurs difficile, par une autre hypothèse, de vouloir expliquer cette méningite, et la rapidité avec laquelle elle a guéri, ainsi que la disparition de la polynévrite après l'élimination des poisons alcoolico-nicotiniques, nous portent encore à l'accepter comme étant la plus vraisemblable.

Les yeux présentent eux aussi un très grand intérêt. D'abord si nous nous reportons à une année en arrière, nous voyons d'après l'histoire de sa maladie que le patient a déjà souffert d'amblyopie toxique, qui n'a pas été très prononcée, et qui a guéri par elle-même. Lorsque nous avons fait son premier examen, la vision était très mauvaise, puisqu'il ne pouvait compter les doigts qu'à un mètre. Cependant l'ophtalmoscope ne révélait aucune lésion du fond de l'œil autre qu'une papillite moyennement considérable. Comme cette affection seule n'a généralement pas pour propriété, quelle que soit son intensité, de produire des symptômes aussi alarmants au point de vue visuel, et surtout que le malade a été aveugle pendant deux jours, il faut chercher une autre cause pour expliquer cette cécité passagère, et cette amblyopie anormale quant à l'œdème papillaire. Un examen très attentif nous permet d'affirmer que nous ne sommes pas en présence d'un cas d'hystérie. Comme il serait invraisemblable, sous tous les rapports, de croire à une embolie double de l'artère centrale de la rétine, pour ce qui concerne cette cécité, et qu'il n'y a pas d'autres affections — à part les traumatismes et l'intoxication aiguë par l'alcool méthylique — qui pourraient faire perdre subitement la vue, nous sommes bien obligé d'admettre, en plus de la papillite, une intoxication suraiguë des centres optiques. En effet notre malade, durant trois jours, après une absorption des plus considérables d'alcool et de nicotine, s'est éveillé le quatrième tout à fait aveugle. Pendant les deux jours consécutifs, l'élimination a commencé à se produire, les centres ner-

veux ont repris leur fonctionnement, et la vision est revenue légèrement. Dans la suite, lorsque tous les poisons ont disparu de l'économie, et que la papille eût repris son aspect physiologique, après l'évacuation du liquide céphalo-rachidien qui, par son augmentation, la comprimait, les yeux graduellement dans l'espace de cinq semaines sont revenus dans un état absolument normal. Nous ferons remarquer que pendant tout le cours de son affection, le patient n'a jamais eu de scotome central, ni de difficulté à reconnaître les couleurs, contrairement à ce que nous rencontrons toujours dans les cas d'amblyopie toxique lorsque le nerf optique seul est malade.

Pour ce qui est de la surdité, nous croyons être en présence d'une névrite des nerfs auditifs, encore de nature alcooliconicotinique. L'examen des tympans n'a révélé rien de particulier, et les épreuves acoumétriques nous ont permis de conclure à l'intégrité de la caisse. Le malade n'a jamais eu de bourdonnements ni de vertiges, ses trompes d'Eustache étaient perméables et les épreuves de Barany nous ont prouvé que les labyrinthes fonctionnaient d'une manière parfaite. Comme cette surdité, caractérisée seulement par une sensation d'oreille bouchée sans autres symptômes auditifs, chez un sujet non hystérique qui n'a jamais souffert de ses oreilles, a guéri graduellement après l'élimination des poisons de l'alcool et du tabac, en même temps que disparaissaient les autres phénomènes de polynévrite, il serait difficile de ne pas admettre dans ce cas l'hypothèse de névrite toxique des nerfs auditifs. Toutefois les centres nerveux qui président à l'audition ont peut-être été touchés, car la surdité est survenue rapidement en même temps que la cécité.

Si maintenant nous analysons le mécanisme de la paralysie totale du voile du palais et de l'hémiplégie laryngée, sans autres troubles de la motilité, nous voyons que notre malade ne peut pas être classifié parmi ceux qui ont un des syndromes décrits par Avellis, Schmidt, Jackson et Tapia. Étant donné que le voile est pris dans toute son étendue, ainsi que le côté droit du larynx, nous sommes alors en présence d'un Avellis modifié. En effet le nerf vago-spinal, qui transmet l'influx nerveux à ces deux organes, a été altéré à droite sur un tra-

jet suffisamment considérable pour produire le syndrome d'Avellis. A gauche ce même nerf a été lésé dans sa partie qui siège au-dessus du ganglion plexiforme, le rameau pharyngien du voile seul étant ainsi intéressé, sans que la branche qui se rend au larynx eût participé à l'inflammation.

Commela corde droite était immobilisée en position médiane, et que la gauche fonctionnait bien, la voix n'a jamais changé de timbre.

En jetant un rapide coup d'œil sur les causes qui produisent le plus fréquemment les paralysies des paires crâniennes, nous rencontrons surtout les affections suivantes : la syringomyélie, la polio-encéphalite, l'apoplexie bulbaire, le tabes, les tumeurs en général, les traumatismes, la tuberculose et la syphilis sous ses différentes formes. Pour ce qui est des intoxications, la littérature médicale rapporte à peine quelques cas; aussi notre observation mérite-t-elle de retenir l'attention encore sur ce point. Comme notre malade n'avait aucune des affections que nous venons de nommer et que la paralysie est survenue à la suite d'un très grand excès d'alcool et de tabac, en même temps qu'apparaissaient les autres phénomènes d'intoxication de même nature, nous concluons à une névrite périphérique toxique alcooliconicotinique du nerf vago-spinal droit ainsi que des rameaux ascendants du voile du vago-spinal gauche. La disparition rapide de cette paralysie en même temps que les autres symptômes, est encore un argument très fort en faveur de cette opinion.

Vu l'état dans lequel se trouvait le malade, il est même étonnant qu'un plus grand nombre de paires nerveuses ne fussent pas atteintes de névrite toxique en même temps que les autres.

Un examen très minutieux de la sensibilité au contact à la piqure et à la chaleur ne nous a pas permis de trouver d'altérations des fibres sensitives. D'ailleurs il est reconnu que celles-ci résistent mieux aux névrites que les fibres motrices.

En résumé, un jeune homme de 23 ans, grand buveur et grand fumeur depuis quatre ans, a eu de temps à autre des crises épileptiformes de nature toxique. A la fin de la quatrième année, après un abus immodéré d'alcool et de tabac, il

s'est éveillé un matin absolument aveugle, sourd et présentant des symptômes de méningite remontant à trois semaines environ. Trois jours après se déclaraient une paralysie totale de son voile du palais, et une hémiplegie laryngée. Cinq semaines de traitement réussirent à le débarrasser de ces substances toxiques, et à le guérir tout à fait.

En terminant nous ferons une dernière fois remarquer combien étranges et complexes ont été les phénomènes observés chez ce jeune fumeur alcoolique, tant par sa méningite séreuse, que par l'altération de son système oculaire, de son pouvoir auditif, ainsi que de l'Avellis modifié.

II

A PROPOS DE LA PHLÉBITE SINUSO-JUGULAIRE. DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Par **M. LAHAUSOIS.**

Médecin major de 2^e classe,
Répétiteur de chirurgie à l'école du service de santé militaire.

Les nombreux succès obtenus en ces dernières années dans le traitement opératoire de la phlébite sinuso-jugulaire n'ont pas enlevé tout intérêt à cette question spéciale, et l'étude des cas observés est encore profitable, surtout à deux points de vue : recherche des éléments du diagnostic précoce — interprétation des causes de succès ou d'insuccès.

Sur 212 cas d'otite moyenne suppurée, aiguë ou chronique, traités dans notre service de l'hôpital Desgenettes, nous avons observé 3 cas de thrombo-phlébite du sinus latéral, et ces 3 cas appartiennent à l'otite aiguë.

OBSERVATION. I. — (Malade présenté à la Société de Chirurgie de Lyon, le 17 décembre 1908).

L..., 22 ans, hospitalisé le 22 janvier 1908 pour otite aiguë à gauche, datant de huit jours. Prostration. Vomissements. Un peu de céphalée. T. à 40°. Bronchite.

Ces phénomènes se maintiennent pendant cinq jours, nullement influencés par la paracentèse, qui ouvre la voie à une suppuration abondante. Aucun symptôme mastoïdien. Ponction lombaire : liquide eau de roche en légère hypertension.

Le 28 janvier, T. redevient normale, se maintient au-dessous de 37° pendant cinq jours. Atténuation des phénomènes généraux et pulmonaires. Persistance d'une céphalée occipitale assez intense.

Du 2 au 8 février, période de fièvre avec grandes oscillations. Céphalée occipitale. Quelques vomissements.

Le 8 février, douleur à la pression du point antral gauche, sans autre manifestation locale. Antrotomie. Antre petit, à parois fon-

gueuses. En même temps qu'on découvre l'antré, on aperçoit à nu, à travers un petit orifice de la corticale interne, le sinus latéral, à un centimètre en arrière du conduit auditif. Sinus bleuâtre et souple, sans battements. Pas de fongosités extra-durales.

Après l'antrotomie, la suppuration de l'oreille cesse aussitôt, pour ne plus reparaitre. État général satisfaisant, T. normale pendant quatre jours.

Le 13 février, reprise brutale de tous les symptômes généraux : céphalée occipitale. Prostration. Vomissements. T. à 40°. P. à 120. — Signes de broncho-pneumonie à gauche.

Le 14, douleur vive à la pression rétro-mastoïdienne, plus vive encore à la pression sous-angulo-maxillaire, sans empâtement, sans ganglions apparents. Attitude du torticolis : tête inclinée du côté malade, et regardant du côté sain. Ponction lombaire : liquide eau de roche. Pas de raideur à la nuque. Aucun symptôme oculaire. La plaie opératoire a bon aspect. Sinus gris bleuâtre, peut-être un peu flétri.

Diagnostic de phlébite sinuso-jugulaire. Intervention immédiate. Ligature et section de la jugulaire interne, en territoire sain, au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. — Mise à nu très large du sinus latéral, ouverture et curettage de grosses cellules mastoïdiennes postérieures aberrantes, remplies de fongosités, séparées du sinus par un très mince feuillet osseux. La paroi osseuse du golfe est saine et n'est pas attaquée. Ouverture large au bistouri, après ponction négative, du sinus, oblitéré par un caillot brunâtre, grumeleux, ramolli au centre. Extraction du caillot à la pince, d'abord du côté du bout central. Pas de sang, ni par la plaie sinusale, ni par le bout supérieur de la jugulaire. Golfe envahi par la thrombose. Du côté du pressoir d'Hérophile, le sang apparaît bientôt, abondant. Tamponnement. Lavage sinuso-jugulaire au sérum artificiel, chassant les débris de caillot. Drainage du bout supérieur de la jugulaire, fixé dans la plaie cervicale.

Quelques heures après l'opération, T. de 40°,6 tombe à 36°,4 et cette défervescence si brusque est définitive. Amélioration rapide de l'état général. Cicatrisation lente de la plaie opératoire.

Malade revu le 15 décembre, en excellent état local et général.

OBSERVATION II. — (Malade présenté à la Société de Chirurgie de Lyon, le 27 mai 1909).

A..., 20 ans, hospitalisé le 19 mars 1909, pour otite aiguë suppurée à gauche, datant de deux jours. T. 40°,8. Céphalée frontale. Prostration. Suppuration peu abondante de l'oreille gauche. Petite perforation tympanique antéro-inférieure. Léger œdème

mastoïdien, avec décollement du pavillon et affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif. Douleur très vive à la pression du point antral. Douleur vive également à la pression de la région carotidienne supérieure, où quelques ganglions sont perceptibles, mais peu volumineux. Ponction lombaire : liquide eau de roche, sans hypertension.

Antrotomie immédiate. Apophyse diploïque. Antre petit et fon-
gueux. La mise au jour des cellules péri-antrales conduit du côté de l'apex, et, en arrière, vers la région du sinus latéral, qui n'est pas aperçu au cours de l'intervention.

Après l'antrotomie, aucun soulagement. Pendant quatre jours, grandes oscillations thermiques, entre 37°,4 et 41°,5. Agitation. Un vomissement. Légère céphalée frontale. Violent frisson le 22 au soir. Persistance de la douleur très vive à la pression de la région carotidienne supérieure, nullement en rapport avec la légère tuméfaction des ganglions. Pas d'œdème de la face. Pas de cordon induré jugulaire.

Le malade étant d'origine algérienne, et ayant longtemps habité dans un milieu atteint par l'infection palustre, mon collègue et ami, le Dr Rieux, a bien voulu examiner le sang dont voici la formule hémoleucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	92 p. 100
Polynucléaires éosinophiles	0 —
Lymphocytes vrais	3 —
Moyens mononucléaires	3 —
Gros mononucléaires et types dits de transition	2 —

Pas d'hématozoaires. Pas même de formule leucocytaire du paludisme, mais formule de septicémie ou de suppuration latente.

Pas de phénomènes oculaires, de raideur de la nuque, ni de Kernig.

Le lendemain du frisson, un nouvel examen de la plaie mastoïdienne, dans de bonnes conditions d'éclairage, montre la cavité osseuse sèche et grisâtre. A l'angle postérieur de cette cavité, une petite tache grisâtre de 2 à 3 millimètres de diamètre, se distingue à peine, centrée par un point brillant animé de battements. En ce point, l'examen à la sonde cannelée démontre une surface dépressible. Sa situation et son aspect font immédiatement penser au sinus thrombosé, et les symptômes généraux, les grands accès fébriles qui se manifestent depuis quatre jours, le frisson de la veille, appuient le diagnostic de phlébite sinusale.

Intervention immédiate :

1^{er} temps. — Sinus latéral largement mis à nu. Paroi crânienne friable au-dessus du coude du sinus. Pas de grosses cellules mastoïdiennes aberrantes postérieures. Pas de fongosités extra-durales. Le sinus découvert ne bat plus. Il est gris bleuâtre dans l'ensemble, jaunâtre par places, noirâtre en d'autres. La veine émissaire mastoïdienne, coupée, est thrombosée. La dure-mère, au voisinage du sinus, est gris jaunâtre, mate. Battements du cerveau.

2^e temps. — Section entre deux ligatures de la jugulaire interne, un peu au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. La veine est violacée, aplatie, souple, avoisinée de deux ganglions du volume d'une noisette.

3^e temps. — Ouverture large du sinus, rempli d'un caillot brunâtre, grumeleux, adhérent à la paroi veineuse. Incision poursuivie du côté du presseur d'Hérophile. Bientôt le sang jaillit. Hémostase par une mèche de gaze. Extraction du caillot, à l'aide d'une pince, du côté du bout central du vaisseau. Pas de sang. Excision de la paroi externe du sinus (l'examen histologique de cette paroi a montré les lésions caractéristiques de la phlébite).

Enfin, suppression de la ligature du bout supérieur de la jugulaire. Une petite cuillerée à café de sang s'écoule seulement. Le thrombose a intéressé le golfe et l'embouchure des voies collatérales. Lavage sinuso-jugulaire au sérum artificiel, entraînant les débris de caillot. Pas d'hémorragie. Drainage du bout supérieur de la jugulaire.

Le lendemain, T. 37°,4 le matin, 37°,6 le soir. Puis pendant trois jours la température remonte légèrement, ne dépassant pas 38°,4, pour retomber rapidement à la normale. Suites opératoires très simples. L'otorrhée cesse définitivement au bout de quelques jours. Cicatrisation mastoïdienne complète le 15 mai.

Malade revu en octobre 1911, en excellent état local et général.

OBSERVATION III (inédite).

R..., 21 ans, hospitalisé le 26 février 1911, pour otite moyenne suppurée à droite, datant d'un mois, d'origine grippale, à évolution aiguë. Perforation tympanique postéro-supérieure. Suppuration assez abondante. Pas de fièvre. Pansements quotidiens.

Le 2 mars, otalgie violente. Rétention de pus dans la caisse. L'aiguille à paracentèse agrandit la perforation. Suppuration abondante. La température s'élève cependant le lendemain soir à 39°,5, puis oscille entre 39° et 40° pendant deux jours. Le pouls reste à 80. Le 6 mars, défervescence complète.

Pendant cette courte période, l'otalgie persiste violente à droite. Céphalée, un peu de prostration. Pas de vomissements, ni raideur de

la nuque, ni Kernig. Pas d'œdème mastoïdien, mais on constate un empatement profond de la région carotidienne supérieure droite, soulevant légèrement le muscle sterno-mastoïdien au dessous de la mastoïde. Douleur vive à la pression à ce niveau sur les bords antérieur et postérieur du muscle. Tête penchée vers l'épaule du côté malade et regardant du côté sain.

Le 7, T. remonte brusquement à 40°. P. 90. Ootalgie violente. Œdème mastoïdien. Prostration plus marquée. Intervention décidée immédiatement. On soupçonne une phlébite sinuso-jugulaire.

1^{er} temps — Antrotomie. Cavité antrale assez superficielle, très spacieuse, remplie d'un pus jaune épais sous tension et tapissé de fongosités. En mettant au jour la partie postérieure de l'antra, on découvre le coude du sinus procident sur la paroi postéro-externe de cette cavité, dont il n'est séparé que par une mince lamelle de tissu osseux friable. Paroi sinusale grisâtre, flétrie, sans battements. Après toilette de la large brèche mastoïdienne, ponction capillaire négative du sinus, puis petite incision de sa paroi externe, également sans écoulement sanguin.

2^e temps. — Section, entre deux ligatures, de la jugulaire interne, un peu au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. Le bout supérieur de la veine reste affaissé après la ligature. Volumineux ganglions, non suppurés, entourant la jugulaire.

3^e temps. — Incision de la paroi externe du sinus largement exposé. Le sinus contient une bouillie rouge, molle, grenue. Détersion du sinus, dont l'incision est prolongée en arrière jusqu'à issue de sang en jet vigoureux. Tamponnement extra-sinusal. Du côté du bout central, détersion des parois, et aspiration des grumeaux à la trompe à eau. Quelques gouttes de sang seulement sont ainsi ramenées de la région du golfe. Fixation dans la plaie cervicale du bout supérieur de la jugulaire, qui ne donne pas le moindre suintement sanguin.

Suites opératoires assez simples. Abaissement progressif de la température, qui n'est revenue tout à fait à la normale que sept jours après l'intervention. Pendant cette période, céphalée prédominant à droite. Larmoiement de l'œil droit, avec douleur à la pression du globe oculaire, sans altérations du fond d'œil. Ces symptômes cessèrent complètement dès que l'apyrexie fut obtenue. Ils semblent pouvoir être expliqués par la propagation de la thrombo-phlébite au sinus pétreux supérieur, avec irritation de voisinage du ganglion de Gasser, malgré l'absence de névralgie faciale et de troubles de la mastication. En tout cas, ces symptômes ne furent que peu marqués.

Cicatrisation régulière des plaies opératoires, complète à la fin d'avril. Otorrhée complètement tarie à la fin de mars.

Malade revu au mois de juin, en excellent état.

Ces trois observations, comparables entre elles de tous points, permettent des déductions qui viennent à l'appui de la plupart des conclusions de l'étude si documentée de Gibert (1).

I. DIAGNOSTIC. — Cherchons un symptôme constant et précoce. Un seul ne trompe pas ; il est donné par l'étude de la courbe thermique :

Ascension brusque, très élevée, de la température, le plus souvent après un frisson, au cours d'une otite aiguë ou chronique ; puis grandes oscillations irrégulières, en clocher, du type pyémique.

Ce symptôme est connu depuis aussi longtemps que la phlébite qu'il révèle, mais il en reste le meilleur signe, et il est bon de dire que les recherches récentes n'ont pu le subordonner à aucun autre.

Il est pratiquement constant, et nous pouvons laisser de côté les huit cas réunis par Mahler (2), où la phlébite du sinus a évolué dans l'apyrexie, sans symptômes. Ce sont là des exceptions cliniques qui n'infirmen en rien la valeur d'un symptôme positif si généralement constaté.

Il est de plus le seul constant. Il se présente toujours avec une brutalité impressionnante. Il ne disparaît qu'après intervention portant sur la lésion veineuse.

Il est tout à fait précoce, contemporain du début de la phlébite, mais il peut se modifier au cours de son évolution, et, si on n'intervient pas, les grands accès fébriles, isolés ou groupés, sont souvent coupés par des périodes d'apyrexie, de mauvais aloi, de durée variable, ne laissant pas l'impression d'une réelle détente. Ce fait, qui a été très net dans notre observation I, correspond à la phase d'infection métastatique.

Ce symptôme n'est cependant pas absolument caractéristique, et il nécessite un diagnostic différentiel.

(1) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1909, t. II, p. 645.

(2) *Archives internationales de laryngologie*, 1911, t. II, p. 705.

Sans quitter la pathologie auriculaire, ces grandes oscillations thermiques pourront être observées à la phase tout à fait initiale des otites suppurées, ou, plus tard, en cas de rétention septique dans la caisse ou dans un foyer mastoïdien, ou encore en cas de complication méningée. Si les accès fébriles ne sont pas modifiés immédiatement, par la paracentèse large, au début de l'otite, ou s'ils reparaissent malgré une intervention mastoïdienne complète, s'ils coïncident avec les caractères normaux du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire, les présomptions de phlébite sinusale seront suffisantes pour décider l'exploration du sinus, sans oublier, en cas de trouble du liquide céphalo-rachidien, que méningite et phlébite peuvent évoluer de pair, et, dans ce cas, l'incertitude du diagnostic différentiel ne ferait que précipiter la décision opératoire.

Il faut cependant aussi songer à la possibilité d'une maladie générale coexistante, à point de départ extra-auriculaire : fièvre palustre, érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde.

L'exploration clinique, l'examen du sang, répondront vite à cette question; mais, à ce propos, insistons un peu sur les procédés de diagnostic le plus récemment proposés : formule hémoleucocytaire et hémoculture.

Sébileau et Pautrier (1) ont montré que l'hyperleucocytose (au delà de 20 000 globules blancs) associée à la polynucléose (au delà de 90 p. 100 de polynucléaires) caractérisait, au cours d'une otite suppurée, après large ouverture du tympan, la thrombo-phlébite ou la méningite. Notre observation II est un exemple de cette polynucléose.

Quant à l'hémoculture, décelant le streptocoque, elle apparaît à certains auteurs, en particulier en Amérique (2), comme un excellent moyen de diagnostic, fidèle et précoce, de la phlébite des sinus. En admettant la valeur de ce procédé, il a tout au moins l'inconvénient de ne pas être toujours pratiquement réalisable, et surtout, les résultats de ces recherches ne pouvant être donnés extemporanément, il en résulte une perte

(1) Congrès de chirurgie, 1904.

(2) Discussions à l'Acad. de Méd. de New-York, mars et octobre 1909, Oppenheimer. *Acad. Améric. d'ophtalm. et d'oto-laryng.*, 1910.

de temps, et dans le diagnostic, et dans la décision opératoire, susceptible d'entraîner les plus fâcheuses conséquences.

En somme, avec les quelques restrictions relatives à un diagnostic différentiel que la clinique discutera aisément, les modifications de la courbe thermique, au cours d'une otite, suffisent, à elles seules, pour révéler, à une date précoce, et avec grande probabilité sinon avec certitude, la phlébite sinusale. Gradenigo (1) a encore insisté récemment sur la possibilité de ce diagnostic hâtif, et sur les avantages de l'intervention tout à fait précoce, quelques heures après le premier frisson.

A côté des symptômes généraux, les *symptôme locaux* viendront-ils faciliter le diagnostic précoce de la phlébite sinuso-jugulaire ?

De l'avis de tous les auteurs, ces symptômes locaux sont inconstants et variables, en particulier dans la phlébite limitée au sinus, et, en cas de phlébite de la jugulaire, la perception du cordon veineux induré manque souvent (Gibert, *loc. cit.*)

Cependant chez nos trois malades, un signe local a été constaté, précoce, chez les deux derniers, parce que nous l'avons recherché, chez eux, dès le début, et se présentant, dans les trois cas, exactement sous le même aspect clinique ; attitude du torticolis, tête penchée du côté malade et tournée vers le côté sain. Douleur très vive à la pression au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, à la partie supérieure de la région carotidienne.

Dans l'observation III seule, cette douleur s'accompagnait de tuméfaction, d'empatement sous-sterno-mastoïdien et on pouvait penser à une adénopathie avec péri-adénite, ou à une mastoïdite du type Bezold. L'intervention montra quelques gros ganglions non suppurés entourant la jugulaire interne. La thrombo-phlébite avait envahi le golfe, mais ne s'étendait pas à la jugulaire cervicale.

Chez les deux autres opérés, il n'y avait ni tuméfaction ni empatement, et la très vive douleur ne pouvait être expliquée

(1) *Archives internationales de laryngologie*, 1910, p. 54.

par une lésion ganglionnaire. A l'intervention, on ne trouva qu'un ou deux ganglions péri-veineux un peu augmentés de volume. Là encore, il y avait thrombo-phlébite du golfe, la jugulaire cervicale étant souple et perméable.

Gibert donne l'adénite cervicale comme constante dans l'infection jugulaire. Elle ne semble cependant pas pouvoir suffire à expliquer cette douleur locale si vive et si précise, cette attitude spéciale, si accusées chez nos trois malades, alors que l'état des ganglions diffèrait beaucoup de l'un aux deux autres.

On peut donc se demander si ce symptôme local, constaté identique dans les trois cas qui se sont présentés à notre observation, n'a pas une réelle valeur diagnostique dans le cas de phlébite dépassant les limites du sinus latéral, envahissant le golfe, et se manifestant à la partie supérieure de la jugulaire cervicale, sans que celle-ci soit encore thrombosée. Il y a analogie complète avec la douleur à la pression le long du trajet veineux, avec la contracture des muscles voisins, constatées dans la phlébite de la fémorale, par exemple, sans que le doigt perçoive souvent un cordon induré.

Gradenigo (*loc. cit.*) attribue aussi une signification importante à ce symptôme local.

A notre avis, ce symptôme, survenant au cours d'une otite, et non accompagné de tuméfaction ganglionnaire manifeste avec empâtement, est vraiment utile au diagnostic. S'il s'accompagne de tuméfaction et d'empâtement nous songerons à l'adéno-phlegmon carotidien, à la mastoïdite de Bezold. Nous chercherons le signe caractéristique de celle-ci, en essayant, par la pression sous-mastoïdienne, de faire sortir le pus du conduit auditif, mais nous rapprocherons surtout ce symptôme local des symptômes généraux constatés, et, en cas de coïncidence avec les grands accès fébriles, nous regarderons comme très probable le diagnostic de phlébite sinusale intéressant vraisemblablement le golfe, et peut-être la partie supérieure de la jugulaire cervicale. L'intervention sera alors d'autant plus justifiée que, s'il y a erreur de diagnostic, s'il s'agit d'un adéno-phlegmon, ou d'une mastoïdite de Bezold, les indications opératoires n'en seront pas moins nettes,

et qu'il n'y a que des avantages à l'intervention précoce.

Au cours de l'intervention, motivée par un diagnostic de probabilité, le voisinage du sinus latéral phlébitique est le plus souvent signalé par des lésions ostéitiques, qui existaient chez nos trois opérés, ou par des fongosités extra-durales.

Quant à l'aspect macroscopique du sinus découvert avant l'incision de sa paroi (et en dehors de l'existence ou de l'absence de battements, qui faisaient défaut dans nos trois cas), on sait qu'il n'est pas toujours révélateur des lésions intra-veineuses.

En distinguant à ce point de vue les trois formes anatomo-cliniques de phlébite sinuso-jugulaire décrites par Gibert, la forme nécrogène est la seule qui, par l'aspect sphacélique du sinus, permettra de reconnaître d'emblée la lésion de l'endoveine. Dans la forme phlébitique pure sans thrombose, le sinus paraît normal ou simplement suspect. Dans la forme thrombosante il est en général, mais non toujours, grisâtre et flétri, et cet aspect a été constaté dans nos trois cas, qui appartiennent à cette forme.

La ponction, ou mieux l'incision exploratrice du sinus largement découvert, restent donc le plus souvent nécessaires pour fixer le diagnostic de la phlébite, et de sa forme anatomo-clinique.

Quant à l'*extension du processus phlébitique*, particulièrement intéressante dans la forme thrombosante, jusqu'au tronc de la jugulaire, elle ne peut être affirmée que par l'examen direct de la jugulaire cervicale mise à nu. Dans le cas où ce vaisseau apparaît perméable, nous pourrions reconnaître, quand le sang des voies veineuses collatérales qui aboutissent au golfe ne vient plus remplir sous nos yeux la jugulaire, que la thrombose du sinus latéral a envahi le golfe.

Ce diagnostic d'étendue de la zone thrombosée est important, car il permettra de décider de l'opportunité de la ligature de la jugulaire cervicale.

II. INTERPRÉTATIONS DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — Dans la phlébite sinuso-jugulaire, le pronostic post-opératoire est lié à la forme anatomo-clinique de la phlébite, au moment de l'intervention, à la nature de l'intervention.

a) Influence de la forme anatomo-clinique. Les conclusions de Gibert (*loc. cit.*) sont formelles et très probantes. Sur 35 cas de phlébite sinuso-jugulaire :

Forme phlébique pure sans thrombose, 4 morts sur 5 cas.

Forme nécrogène, 14 morts sur 17 cas.

Forme thrombosante, 2 morts sur 13 cas.

Cette donnée anatomo-clinique, s'appuyant sur les faits, et tout à fait conforme aux lois de la pathologie générale, nous semble représenter le meilleur facteur de pronostic, et si, sur les 3 cas opérés par nous, nous comptons 3 succès, c'est que nos malades ont bénéficié de la bénignité relative de la forme thrombosante.

b) Le moment de l'intervention a, lui aussi, une influence considérable sur le pronostic post-opératoire. M. le Professeur agrégé Toubert (1), à propos d'un cas où la précocité de l'intervention lui avait permis d'obtenir un succès complet et rapide, a étudié 200 cas de phébite du sinus latéral, opérés les uns tardivement (après une semaine), les autres hâtivement (avant une semaine). Sur 80 cas d'opérations tardives, il constate une mortalité de 62,5 p. 100.

Sur 120 cas d'opérations hâtives, la mortalité a été de 25 p. 100.

Là encore, les faits sont indiscutables. Si nous ne pouvons rien pour modifier la gravité de la forme anatomo-clinique, en revanche la précocité du diagnostic et de l'intervention dépend de notre examen et de notre décision, et nous disposons ainsi d'un élément de pronostic dont l'importance est évidente.

Chez nos 3 malades, l'intervention sur le sinus et la jugulaire a suivi immédiatement le diagnostic, mais celui-ci a été très tardif dans le premier cas (22^e jour), en raison de la prédominance des symptômes pulmonaires, et des phases apyrétiques trompeuses, plus précoce dans les cas II et III (4^e jour). Si le premier malade a pu, malgré le retard de l'intervention, bénéficier du même résultat heureux que les deux autres, c'est grâce à la limitation, aux tendances peu extensives de la forme thrombosante.

(1) *Archives internationales de laryngologie*, 1904.

Sur les 35 observations de Gibert, l'intervention précoce (1^{re} au 2^e jour) dans les cas de forme phlébitique sans thrombose, n'a donné qu'une guérison.

Dans les 17 cas de forme nécrogène, l'opération n'a jamais été très éloignée du début, parce que c'est une infection qui marche vite, mais les 3 cas de guérison correspondent aux malades hospitalisés le plus hâtivement, ou dont l'état général paraissait un peu moins compromis, les lésions phlébitiques moins diffuses.

Sur les 13 observations de forme thrombosante, si les 11 cas suivis de guérison ont été opérés de 1 à 17 jours après les premiers accès fébriles, les 2 cas, suivis de mort, ont été opérés tôt, 2 et 5 jours après les manifestations septicémiques initiales.

Il semble donc que la forme anatomo-clinique de la phlébite ait une importance pronostique plus grande encore que le moment de l'intervention, mais que, dans les formes graves, en particulier dans la forme nécrogène, la précocité de l'intervention soit la meilleure chance de guérison que nous puissions donner au malade.

c) Par contre, le choix du procédé opératoire semble avoir une importance beaucoup moindre.

Les interventions pratiquées dans la généralité des cas de phlébite sinusienne ne diffèrent guère entre elles que par la ligature ou le non-ligature de la jugulaire interne. C'est donc l'influence de ce temps spécial sur le pronostic post-opératoire que nous avons à apprécier.

Sur ce point, la discussion est toujours ouverte, et ce n'est pas en versant au débat trois observations que nous avons la prétention d'y apporter un document de poids ; mais l'étude des nombreux faits publiés, favorables à l'une ou à l'autre méthode, plus encore que celle des arguments théoriques invoqués permet, semble-t-il, l'adoption de conclusions pratiques assez fermes.

Cherchons à répondre brièvement à ces trois questions :

La ligature est-elle nécessaire ?

Sinon, est-elle dangereuse ?

Au moins, est-elle utile ?

Nécessaire ? Mais le nombre des succès obtenus par l'ouverture du sinus sans ligature de la jugulaire va toujours en augmentant. La nécessité de cette ligature n'apparaît que dans quelques cas (Liebmann (1), Urbantschich (2), où, l'ouverture du sinus étant restée insuffisante pour arrêter l'infection, la ligature secondaire de la jugulaire a été suivie de la guérison définitive.

Dangereuse ? R. Botey (3), ligaturiste converti à la non-ligature, l'a encore affirmé récemment : stase veineuse intracranienne, — mobilisation de thrombus septiques déplacés sous l'influence de la circulation collatérale après ligature, soit du côté de l'encéphale, soit dans la circulation générale.

Ce danger paraît tout à fait théorique dans les cas où la forme thrombosante, atteignant à la fois le sinus, le golfe, ou même la partie supérieure de la jugulaire, a déterminé en même temps la thrombose des voies collatérales à leur embouchure dans le canal sinuso-jugulaire, ainsi que le démontre l'absence de tout écoulement sanguin, lors de l'ablation des caillots dans tout ce segment veineux. Dans ce cas, la ligature n'ajoutera aucun nouvel obstacle à la circulation de retour, et n'influera pas davantage sur l'extension de la phlébite aux voies collatérales et sur la mobilisation des caillots.

Par contre, ce danger paraît moins hypothétique dans les cas de phlébite diffuse, envahissante, où l'on ne peut dire que la ligature est placée au delà des limites des lésions, et surtout dans la forme phlébitique pure, où le tronc veineux est resté perméable.

Il est vrai que ces formes anatomo-cliniques sont par elles-mêmes extrêmement graves, et il serait bien difficile de démontrer que la ligature a pu ajouter à cette gravité.

Utile ? Les avantages de la ligature semblent établis par un raisonnement très simple : elle barre la voie principale que pouvait suivre l'infection.

Mais les chiffres ne semblent guère démontrer cette utilité. Körner, en 1902, indique déjà une proportion de succès sen-

(1) *Société américaine d'otologie*, 1909.

(2) *Société autrichienne d'otologie*, 1910.

(3) Ricardo Botey. Congrès de Buda-Pesth, 1909, et *Archives inter. de laryng.*, 1911, p. 456.

siblement égale, que la ligature soit faite ou non, qu'elle précède ou suive l'ouverture du sinus. R. Botey, au Congrès de Budapest, apporte des statistiques peu favorables à la ligature.

Ici encore, il apparaît que le procédé opératoire importe moins que la forme anatomo-clinique, que le moment de l'intervention.

La ligature limitera l'infection surtout dans les cas où cette infection tend à se limiter elle-même, dans la forme thrombosante, où la thrombose forme déjà une véritable ligature. Mais nous estimons cependant que, dans ces cas, si les constatations opératoires ont montré que la thrombose dépasse ce sinus, envahit le golfe, ou même atteint la partie supérieure de la jugulaire, la ligature, complication opératoire minime, ne présentera aucun danger, et donnera une sécurité de plus. L'opérateur sera plus complètement maître d'un terrain plus solide. C'est ce qui nous semble ressortir de nos trois observations.

Dans les formes phlébitique pure et nécrogène, la gravité du pronostic est telle que le procédé opératoire employé aura bien peu d'influence sur elle, ainsi qu'en témoignent les observations de Gibert.

La ligature pourra être tentée, mais sans grande chance de succès, dans la forme nécrogène, ayant envahi le golfe, et empiétant sur le haut de la jugulaire. Mais alors, presque toujours, l'infection a déjà diffusé, trop étendue et trop virulente pour pouvoir être jugulée. Dans la forme phlébitique sans thrombose, nous avons vu que la ligature ne paraît pas exempte de danger, et, en présence de cette forme, la conduite la plus sage consistera à limiter l'intervention à l'ouverture large et au tamponnement du sinus.

En résumé, la forme anatomo-clinique de la phlébite sinuso-jugulaire a une influence prépondérante sur le pronostic post-opératoire (Gibert). La précocité de l'intervention sera notre meilleure chance de succès dans les cas graves (Toubert). La ligature de la jugulaire paraît utile à titre adjuvant, mais non indispensable, dans la forme thrombo-phlébitique, intéressant le golfe ou la partie supérieure de la jugulaire. Elle ne sera donc pratiquée qu'après diagnostic précis de la forme anatomo-clinique et de l'étendue de la phlébite.

III

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS DU PHARYNX PAR VOIE BUCCALE (1).

Par

DURAND,

GAULT,

Aide de clinique laryngologique
à la Faculté de médecine de Nancy.

Professeur suppléant à l'École
de médecine de Dijon.

Avant-propos.

Le pharynx, surtout dans ses portions supérieure, ou nasale et inférieure, ou rétro-laryngée, est resté longtemps peu accessible à l'exploration du chirurgien. Le pharynx buccal, par contre, après abaissement de la langue avec la cuiller classique, était régulièrement interrogé. Mais, au point de vue opératoire, tandis que le pharynx supérieur et l'inférieur étaient abordés sans délabrements très graves, l'un par la voie transmaxillo-nasale, codifiée par Moure, l'autre, par les différents procédés dits de pharyngotomie, le pharynx buccal, cette voie naturelle suspecte d'illégitimité, était délaissé, et l'on n'usait envers lui que de procédés distants et graves, synthétisés dans l'intervention dite pharyngotomie latérale externe.

A notre avis le pharynx buccal ne méritait ni ces excès techniques, ni cette indignité supposée d'une voie opératoire directe et trop négligée. Le spécialiste qui, grâce à l'éclairage puissant de son miroir frontal, voit se profiler en un point quelconque de ce champ d'observation que constitue le méso-pharynx une lésion suspecte : petit bourgeon trainant, inflammation localisée, etc., diagnostique beaucoup plus tôt qu'autrefois cet ennemi redoutable qu'est le cancer, ce danger auquel, en présence de tout cas douteux, il pense toujours sans en parler jamais à son malade. Ce mal reconnu, il cherche

(1) Rapport au Congrès Français d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie, Mai 1912.

aussitôt à le détruire, et d'autant plus vite que son expérience en matière de néoplasmes lui a appris que seules les interventions précoces et larges avaient quelques chances de triompher de cet ennemi né malin.

Les tumeurs du pharynx comptent parmi les plus redoutables. Cependant aujourd'hui, sachant le spécialiste bien armé, beaucoup de malades, surtout dans la clientèle aisée, qui autrefois auraient laissé se développer dans leur gorge une lésion initiale peu gênante avant de songer à consulter un chirurgien, souvent désarmé parce que débordé par le mal, viennent au moindre malaise, sont examinés à fond et permettent un diagnostic précoce, base de tout traitement effectif. En présence d'une de ces lésions minimes que chacun de nous, dans sa sphère d'observation, est à même de constater assez fréquemment, quelle conduite tenons-nous?

Nous ne pouvons proposer à un malade présentant, par exemple, un lymphosarcome de l'amygdale tout à fait limité au doigt, non douloureux, de lui faire une assez longue incision externe, au besoin de lui abattre la branche montante de son maxillaire inférieur. Ce faisant, nous serions éconduits, et le malade laisserait évoluer quelques mois un mal dont l'éradication totale deviendrait bientôt impossible. Si nous parlons, au contraire, d'intervenir par voie buccale, sans incision externe, nous serons écoutés, et peut-être pourrions-nous faire de bonne besogne, d'autant plus que l'action pourra être immédiate.

Sommes-nous autorisés à agir ainsi? Évidemment oui, si nous intervenons à une période assez rapprochée du début. Discuter cette question, c'est rouvrir le débat entre les chirurgiens généraux qui veulent l'intervention externe et large presque pour tous les cas et les spécialistes, qui admettent la possibilité d'intervenir très souvent par les voies naturelles. Si, pour le larynx, l'opération par voie indirecte est justement condamnée d'après le principe : « A tumeur maligne du larynx, intervention externe », il n'en est pas de même pour le pharynx dont les conditions d'accès sont bien différentes. Ici, pas de manœuvre au miroir laryngoscopique immobilisant une des mains de l'opérateur. Il s'agit d'un organe moins profond,

comportant une voie d'accès de 6 centimètres environ dans tous les diamètres. L'éclairage puissant dont nous disposons en fait presque une région superficielle, si l'on use de bons écarteurs de langue et de joues. Il faut, il est vrai, augmenter un peu la longueur des instruments dont on se sert. Il faut surtout opérer au-dessus du larynx dans une région hémorragique. Mais n'avons-nous pas la position de Rose, les porte-cotons permettant d'éponger constamment, le pincement et les ligatures, au besoin la compression avec ou sans appareil spécial, la trachéotomie préalable, etc.? Pourquoi, dans ces conditions, le pharynx buccal a-t-il été si longtemps considéré comme un *noli me tangere* par voie directe?

Qu'au temps de Nélaton il en fût ainsi, la chose s'explique, puisqu'un éclairage intense est ici la condition *sine qua non* d'une intervention dans de bonnes conditions. On comprend qu'autrefois Blandin pouvait déclarer : « L'extirpation des amygdales doit être considérée comme une opération plus que téméraire. » On connaît la réponse de Nélaton, interrogé par Saint-Germain sur les motifs de sa présence dans un quartier éloigné de Paris. « Je vais, dit-il, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter », et comme Saint-Germain insistait : « Je vais essayer d'enlever des amygdales. »

La crainte d'hémorragie, que le plus souvent on attribuait à tort à une carotide interne en réalité très distante et innocente le plus souvent, expliquait ces terfeurs dues à des moyens d'exécution relatifs au fond d'un trou sombre. Aujourd'hui, cette opération pharyngée courante est considérée comme essentiellement bénigne dans l'immense majorité des cas. Qu'on l'exécute avec une anse froide ou chaude, ou avec des pinces emporte-pièces, on évite le danger d'hémorragie même chez les adultes, moyennant quelques petites précautions aujourd'hui classiques : opérer à froid, renoncer chez les adultes aux instruments trop tranchants, bien s'éclairer, etc. C'est même l'ablation d'amygdales énormes et la mise en évidence après cette intervention d'une loge amygdalienne particulièrement grande, ayant en quelque sorte envahi l'espace maxillo-pharyngien jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur, qui a engagé l'un de nous à publier, au dernier

Congrès de la Société française de laryngologie, quelques recherches sur l'anatomie du méso-pharynx abordé par la bouche, à l'occasion d'une tumeur qu'il avait extirpée par cette voie.

Dès longtemps, d'ailleurs, comme on le verra dans l'histoire de la question, cette ablation buccale avait de temps à autre été mise en œuvre et préconisée par divers auteurs, sans avoir jamais, semble-t-il, retenu l'attention ni entraîné la conviction. Aussi, dans un travail publié il y a quelques années dans la *Presse médicale* par notre maître et ami le professeur Jacques, celui-ci crut-il bien faire d'attirer à son tour l'attention sur les mérites incontestables de la chirurgie endobuccale des néoplasmes de l'isthme du gosier, convaincu qu'il était alors par quatre cas favorables observés personnellement que, « s'il est un peu plus difficile d'exciser un cancer du voile et du pharynx qu'une simple amygdale, cela n'est en tous cas pas beaucoup plus dangereux ».

Notre but dans le présent travail a été d'établir la possibilité de faire par voie buccale une extirpation large et complète pour des tumeurs délimitables au toucher digital, avec engorgement ganglionnaire léger ou sans engorgement ganglionnaire apparent, et pour cela :

1° De fixer l'anatomie topographique du méso-pharynx et de l'espace maxillo-pharyngien abordé par voie buccale;

2° En nous basant sur cette étude et l'analyse des observations de malades opérés par cette voie, de préciser pour le moment présent les indications de l'emploi de cette technique, comparativement aux indications de la méthode externe ;

3° D'indiquer les règles de médecine opératoire qui doivent guider le chirurgien dans son intervention.

Ce travail comportera les chapitres suivants :

I. Historique.

II. *Aperçu anatomique du pharynx (spécialement de sa portion buccale) et de l'espace maxillo-pharyngien. Considérations de médecine opératoire sur le méso-pharynx abordé par voie buccale.*

III. Faits cliniques.

IV. *Parallèle entre la pharyngectomie interne et la pharyngectomie externe. Résultats et statistiques.*

V. *Indications et contre-indications de la pharyngectomie interne.*

VI. *Technique opératoire de la pharyngectomie interne.*

VII. *Index bibliographique.*

I. — Historique.

L'étude des tumeurs de l'isthme du gosier et de leur traitement opératoire ne semble pas avoir intéressé les chirurgiens avant le XIX^e siècle, et les premières tentatives ont été purement pratiquées par voie buccale.

Jourdain, dans son *Traité des maladies de la bouche*, est un des premiers auteurs qui en fassent mention ; encore, semble-t-il admettre la dégénérescence cancéreuse fréquente de l'hypertrophie amygdalienne, et signaler à peine leur traitement.

Plus tard, Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire*, leur accorde une plus large place : « De ce que le cancer des tonsilles est rare, dit-il, il ne faudrait pas en conclure qu'il ne s'observe jamais. J'en ai déjà rencontré cinq exemples, appartenant tous à la classe des cancers encéphaloïdes ; leur situation, leurs rapports avec les gros vaisseaux du cou ont empêché d'y toucher, et ont arrêté les chirurgiens jusqu'ici. J'en ai cependant pratiqué une fois l'extirpation en 1836, à l'hôpital de la Charité, et je n'ai pas trouvé l'opération très difficile. Le malade, homme de la campagne, âgé de soixante-huit ans, souffrait de l'amygdale gauche depuis deux ans ; la tumeur saignante, déjà ulcérée, putrilagineuse, remplissait presque complètement le pharynx, occupait une partie des fosses nasales et refoulait le voile du palais en avant. La suffocation était imminente. Ayant découvert la carotide primitive et passé un fil au-dessous comme ligature d'attente, j'accrochai profondément la tumeur avec une érigne double et l'attirai fortement en avant vers la ligne médiane. Un petit couteau courbe sur le plat à manche fixe, me servit ensuite à fendre le côté gauche du voile du palais, et à déraciner toute la

« tumeur de bas en haut et de dedans en dehors. Voyant que
 « l'hémorragie était peu abondante, je procédai sans déses-
 « parer et par une plaie nouvelle externe, à l'enlèvement d'un
 « ganglion lymphatique dégénéré qui reposait contre le pha-
 « rynx dans le bas de la région parotidienne. La ligature
 « devint inutile, et je l'ôtai le lendemain. Il ne survint
 « d'abord rien d'inquiétant, la plaie était détergée, lorsque
 « de la diarrhée, de l'adynamie et des symptômes d'empoï-
 « sonnement purulent se montrèrent le dixième jour et
 « amenèrent la mort le dix-huitième. »

Velpeau ayant pratiqué l'autopsie, constata qu'il ne restait rien de cancéreux en dedans ni en dehors du pharynx et que tous les gros vaisseaux avaient été respectés; et il conclut :
 « Cette terminaison malheureuse ne prouve pas moins qu'il
 « est à la rigueur possible, et qu'il y a quelquefois lieu, de
 « tenter l'enlèvement des cancers du gosier comme ceux des
 « autres organes (1). »

Nous avons cru intéressant de rapporter en détail cette observation où Velpeau met en relief la possibilité et la facilité relative de l'exérèse buccale.

En 1836, Warrey publie le cas intéressant d'une femme de soixante-cinq ans, porteur d'un cancer amygdalien remontant à six mois. Cette tumeur remplissait presque complètement l'arrière-bouche, s'étendait aux choanes et au voile, et adhérait fortement à la mâchoire inférieure. Warrey, après avoir attiré fortement le cancer en avant, l'extirpa par la bouche à l'aide d'un bistouri boutonné, et arrêta le saignement avec un fer rouge. Les suites opératoires furent bonnes et la malade guérit. Il s'agissait d'un véritable squirrhé ulcéré.

Des monographies de Fano (1846), de Dufour (1854), signalent quelques cas d'intervention analogues heureusement terminés.

Lawrence (2) pratiqua à deux reprises l'ablation par la bouche d'un lymphome, dont la troisième récurrence fut jugée inopérable.

En 1875, Tédénat, dans le service de La Valette, à l'Hôtel-

(1) CHAUVEAU, *Historique des maladies du pharynx*, 1906.

(2) *British and foreign med. chir. review*, n° 921.

Dieu de Lyon, put enlever ainsi un sarcome embryonnaire du voile. Puis vinrent les travaux de Poland en 1872, de Langenbek (1) en 1879, de Labbé en 1882, de Castex en 1886.

Signalons encore la thèse de Derecque en 1887 et l'article de Broca dans le *Dictionnaire des sciences médicales*.

En 1894, M. le professeur Weiss (2), à la Société de médecine de Nancy, rapporta trois cas de cancer de l'arrière-gorge : le premier concernait un épithélioma au début, ayant envahi l'amygdale; cette tumeur fut enlevée par la voie buccale au thermo-cautère; la guérison opératoire fut parfaite; le deuxième était un néoplasme ulcéreux, siégeant à l'union du pilier antérieur du voile et de la langue et se prolongeant légèrement à la face interne de la mâchoire vers la dernière molaire. L'ablation, faite par les voies naturelles, procura une guérison de neuf mois. La troisième malade citée subit une ostéotomie du maxillaire inférieur en avant du masséter, pour une tumeur peu volumineuse occupant l'amygdale, le pilier antérieur, et la portion adjacente de la langue. L'exérèse fut facile, mais la malade mourut deux jours après de pneumonie.

Trois ans plus tard, au Congrès de la Société allemande de chirurgie (3), Krönlein, s'appuyant sur deux séries d'observations, conclut que la survie des opérés par rapport aux non opérés, est de sept mois en moyenne, et que la mortalité opératoire par pharyngotomie est très considérable.

Malgré ces constatations peu encourageantes, les chirurgiens modernes semblent délaisser de plus en plus les voies naturelles et préférer une intervention externe, si souvent fatale, à une exérèse relativement facile et surtout peu nuisible au malade.

C'est alors que notre maître, M. le professeur Jacques, dans deux articles publiés dans le *Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie* (1^{er} juillet 1908), et dans la *Presse médicale* (22 mai 1909), préconisa dans la majorité des cas de tumeurs de l'isthme du gosier, encore relativement mobiles et à retentissement ganglionnaire peu accentué, l'extirpation des

(1) VIII^e Congrès de Chirurgie de Berlin.

(2) WEISS, *Revue médicale de l'Est*, 1894.

(3) KRÖNLEIN, *Beitr. z. klin. Chir.*

tissus malades par les voies naturelles ; s'appuyant sur l'absence presque constante de complications post-opératoires et par conséquent sur le peu de risques encourus par le malade, enfin sur la survie satisfaisante qu'une intervention aussi simple ne semblait pas devoir promettre.

C'est à son instigation, nous le répétons, et à la suite d'une discussion soulevée par la lecture d'une observation de M. le Dr Gault (de Dijon), que la question fut posée à la Société de laryngologie en 1911, et proposée comme sujet de ce rapport.

Nous tenons encore à faire mention ici, pour terminer ce court historique, des documents que nos collègues français et étrangers ont bien voulu nous adresser (1).

Il semble que la plupart d'entre eux aient envisagé surtout les tumeurs du naso-pharynx et principalement les polypes naso-pharyngés, laissant presque complètement dans l'ombre la question qui fait l'objet de ce rapport, à savoir les tumeurs malignes de l'amygdale et de la région périamygdalienne.

Chiari (de Vienne) estime qu'il y a lieu d'opérer par la bouche les néoplasmes de l'isthme du pharynx, mais que le procédé n'est pas radical.

Sargnon préfère la voie externe au besoin combinée à une intervention buccale complémentaire.

Toubert paraît accorder ses préférences à la méthode classique trouvant difficile l'accès direct du pharynx.

Nous croyons utile de reproduire ici la communication qu'a bien voulu nous adresser le professeur Moure :

« A diverses reprises, j'ai eu l'occasion d'enlever par la

1. Nous nous faisons un devoir de remercier ici ceux de nos collègues qui ont bien voulu répondre à notre appel en nous adressant leurs travaux et les résultats de leur pratique :

En France : MM. Aboulker, Garel, Moure, Sargnon, Toubert.

A l'étranger : MM. Chiari (Vienne), Gerber (Königsberg), Grundwald (Munich), Macleod Yearsley (Londres), Siebenman (Bâle), Saint-Clair Thomson (Londres).

Nous tenons à remercier d'une manière toute particulière notre maître et ami M. le professeur agrégé Jacques, qui, au cours de ce travail, nous a prodigué ses conseils et communiqué sans compter les résultats de son expérience éclairée.

« voie buccale des tumeurs malignes, en général de nature
« sarcomateuse, développées dans la partie profonde de
« l'arrière-gorge, au niveau de l'amygdale, empiétant sur la
« base de la langue, le rhinopharynx et la paroi postéro-
« supérieure externe du pharynx.

« Généralement, je pratique l'énucléation de la façon
« suivante :

« Incision transversale du pilier antérieur au galvanocau-
« tère jusqu'au niveau de la branche montante du maxillaire
« supérieur. On obtient ainsi la rétraction du V formé par
« l'incision. Il est facile de décoller le pilier antérieur du néo-
« plasme avec lequel il est généralement peu adhérent, du
« moins dans les cas de sarcome auxquels je fais allusion
« actuellement.

« Ceci fait, le néoplasme peut être ensuite détaché de sa
« base d'implantation et de la paroi postérieure, soit à l'aide
« de la sonde cannelée, ou mieux encore avec une curette un
« peu large. L'exérèse est ensuite pratiquée à l'anse à crans
« ou bien à l'anse galvanique, mais elle doit être complétée
« avec la pince à morcellements de Ruault ou même, généra-
« lement, avec une large curette de Volkmann.

« J'ai l'habitude de terminer l'opération par une cautérisa-
« tion au thermo ou au galvano-cautère, appliqué à plat sur
« le point d'implantation.

« On peut ainsi enlever des tumeurs très volumineuses.
« J'en ai extirpé récemment une qui avait le volume d'une
« grosse mandarine et, il y a quelques années, une autre,
« qui eut le volume d'une grosse orange.

« Pour les épithéliomas, la question me paraît plus difficile
« à résoudre, parce qu'ils ont souvent une implantation très
« diffuse, et parce qu'aussi très souvent la périphérie est infil-
« trée, tuméfiée et que généralement la tumeur se développe
« non pas en haut, mais plutôt vers la base de la langue, où il
« me paraît difficile d'aller la circonscrire ou en dépasser suffi-
« samment les limites pour être *certain d'avoir fait une*
« *bonne opération.*

« Quant aux tumeurs malignes de la paroi postéro-supérieure
« à insertion presque naso-pharyngienne, il me paraît aussi

« un peu plus difficile d'accéder sur elles ; puis nous savons comment bien le territoire lymphatique est rapidement atteint dans ces cas-là, et par conséquent l'opération intra-buccale ne me semble pas suffisante pour enlever toute chance de récidive locale ou ganglionnaire. Dans tous les cas je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer l'opération pour des tumeurs de ce genre (sauf au voile du palais et luette).

« Il va sans dire que si la néoplasie est une dégénérescence bénigne, les choses sont tout à fait différentes. On peut même considérer que la voie d'accès la meilleure, la plus sûre et la plus commode, pour l'opérateur ainsi que pour l'opéré, c'est la voie buccale : on peut aller très loin par la bouche jusque dans la région péri-amygdalienne, sans avoir de crainte de léser des vaisseaux importants, en particulier la carotide ; la section de ce vaisseau me paraît être tout à fait illusoire, et dans tous les cas difficile à réaliser par la bouche, surtout lorsqu'il existe une tumeur, car elle est éloignée de notre sphère d'action.

« L'hémostase de l'arrière-gorge est généralement assez simple ; on peut non seulement lier les vaisseaux à l'aide d'un bon éclairage ; mais souvent la compression arrête l'effusion sanguine. Dans tous les cas, le tamponnement à demeure avec suture par-dessus serait une manière de réaliser une hémostase à peu près parfaite.

« Dans les cas auxquels je fais allusion plus haut, je n'ai pas eu à m'inquiéter de l'écoulement sanguin, qui n'a pas été extrêmement abondant, ni gênant pendant, pas plus qu'après l'opération. »

De cet exposé historique, il ressort que dans une première période les voies naturelles furent seules utilisées comme voies d'accès de l'isthme du gosier ; puis, tombant en discrédit, grâce à l'apparition des méthodes de large exérèse, la voie buccale ne fut plus employée qu'à titre exceptionnel ; elle se réduisit à quelques tentatives pratiquées sinon pour la réhabiliter, du moins pour en montrer la possibilité.

**I. — Aperçu anatomique du pharynx (spécialement
de sa portion buccale)
et de l'espace maxillo-pharyngien.**

**Considérations de médecine opératoire sur le méso-
pharynx abordé par voie buccale.**

Deux voies permettent au chirurgien d'aborder le pharynx buccal et ses lésions ; la voie externe, la plus habituelle, par le creux parotidien ; la voie interne par la bouche, peu étudiée jusqu'à présent, et qui exige l'éclairage artificiel.

N'envisageant dans ce travail que les interventions limitées à la partie directement abordable du pharynx, c'est-à-dire au pharynx buccal, il nous faut cependant rappeler en quelques mots ce qu'il importe au chirurgien de connaître au point de vue structure, vascularisation et rapports de cet organe. On nous pardonnera d'exposer ces notions d'anatomie banale, qui nous sont données par la dissection et la méthode des coupes, si intéressante pour apprécier exactement les rapports des différents organes.

**II. — Aperçu anatomique du pharynx et particulièrement
du pharynx buccal.**

CHARPENTE FIBROMUSCULAIRE. — Le pharynx, étendu de la base du crâne au corps de la septième cervicale, a une longueur de 13 centimètres et demi environ. Il a la forme d'un demi-cylindre aponévrotique, tapissé à sa face interne d'une muqueuse, à sa face externe d'une couche musculaire. Ce cylindre est ouvert en avant, où il communique en haut avec les fosses nasales, à la partie moyenne avec la cavité buccale, en bas avec le larynx. Il comporte, avons-nous dit, une charpente aponévrotique constituée par une demi-gouttière fibreuse, concave en avant, dont le bord supérieur s'insère en haut au tubercule pharyngien de la surface basilaire de l'occipital, à la face inférieure du rocher en avant du trou carotidien, au cartilage qui comble le trou déchiré antérieur ; dont les deux

bords antérieurs se fixent aux deux tiers inférieurs de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, au ligament ptérygo-maxillaire, à la partie la plus reculée de la ligne mylo-hyoïdienne, au ligament stylo-maxillaire, aux grandes et petites cornes de l'os hyoïde, au ligament thyro-hyoïdien, aux bords postérieurs du cartilage thyroïde, à la partie postérieure du cricoïde. Le bord inférieur de ce demi-cylindre aponévrotique se perd insensiblement dans la tunique celluleuse de l'œsophage. Ce squelette fibreux est la charpente sur laquelle viennent prendre adhérence les cinq muscles du pharynx, les trois constricteurs (supérieur, moyen et inférieur) et deux éleveurs : le pharyngo-staphylin et le stylo-pharyngien.

Le *constricteur supérieur* s'insère sur les mêmes points que l'aponévrose en avant. Cependant, il reste distant d'environ un centimètre et demi en haut de la base du crâne. Il a la forme d'une surface quadrilatère incurvée en forme de tuile concave en avant où elle épouse les insertions antérieures de l'aponévrose pharyngienne, du crâne à la partie la plus reculée de la ligne mylo-hyoïdienne en bas. Le constricteur supérieur répond au pharynx supérieur et à la plus grande partie du pharynx buccal. En arrière et en bas, il est légèrement recouvert par le constricteur moyen, ces trois muscles constricteurs étant imbriqués à la façon des tuiles d'un toit, le supérieur étant le plus antérieur.

Le *constricteur moyen*, de forme triangulaire, s'insère par son sommet au bord supérieur de la grande corne de l'os hyoïde.

Le *constricteur inférieur*, trapézoïde, se fixe en avant comme l'aponévrose aux cartilages thyroïde et cricoïde.

En arrière, les fibres de ces trois muscles prennent insertion soit sur l'aponévrose, formant ainsi un raphé médian, soit, traversant la ligne médiane, en s'entre-croisant avec leurs homologues du côté opposé.

Le *pharyngo-staphylin* prend naissance par une extrémité large et mince à la face postérieure du voile. Renforcé par deux faisceaux accessoires, le palato-pharyngien et le salpingo-pharyngien, il s'engage dans le pilier postérieur et va se terminer dans la paroi du pharynx prenant aussi quelques

faisceaux insertion au bord postérieur du cartilage thyroïde. Il élève le pharynx et le larynx, est constricteur de l'isthme naso-pharyngien et dilatateur de la trompe.

Le *stylo-pharyngien* est de ces cinq muscles celui qui nous intéresse le plus, parce qu'excellent point de repère. Il naît de la base de l'apophyse styloïde, de sa face antéro-interne, se

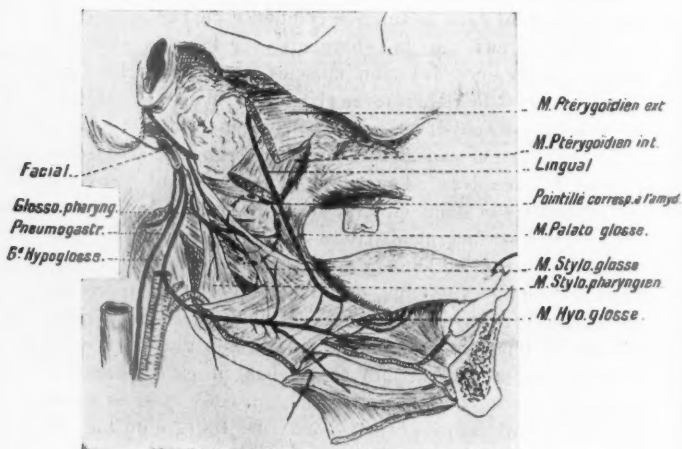


FIG. 1. — Rapports de l'amygdale avec les muscles et les nerfs du pharynx. (Vue externe après hémirésection du maxillaire inférieur. — Le champ limité par un pointillé marque la situation de l'amygdale).

dirige ensuite obliquement en bas et en dedans, et, après un parcours d'environ quatre centimètres, vient se disperser en éventail sur la paroi latérale du pharynx, passant entre le constricteur supérieur et le constricteur moyen; donnant des faisceaux courts antérieurs pour l'amygdale, postérieurs pour le pharynx, et des faisceaux longs, épiglottiques, thyroïdiens, cricoïdiens. Ce muscle, point de repère des meilleurs dans les interventions sur le méso-pharynx, est en rapport à son origine avec le muscle stylo-glosse; mais ce dernier, plus externe, descend de plus en plus en avant vers la langue,

tandis que le stylo-pharyngien a une direction sensiblement parallèle à un plan frontal.

Ce muscle repose en arrière sur la veine jugulaire interne et la carotide interne. En arrière de lui sont les nerfs sortis du trou déchiré postérieur ainsi que les veines nombreuses qui descendent en dehors le long de l'angle postéro-externe du pharynx. L'un de ces nerfs, le glosso-pharyngien, toujours bien visible, est en quelque sorte son satellite. D'abord situé en arrière du muscle, il contourne son bord externe le long duquel il descend, pour devenir ensuite antérieur, passant entre le stylo-pharyngien en dedans et le styloglosse en dehors, ce dernier muscle étant externe par rapport au nerf.

VAISSEAUX ET NERFS DU PHARYNX. — La *circulation artérielle* du pharynx est assurée par cinq branches de la carotide externe : la pharyngienne ascendante, la faciale, la maxillaire interne ; accessoirement par la thyroïdienne supérieure et la linguale.

La *pharyngienne ascendante*, en général rectiligne, naît au niveau de la bifurcation des carotides ou un peu au-dessus de la face postérieure de la carotide externe. Elle monte obliquement sur la face externe du pharynx, en arrière du stylo-pharyngien ; donne des branches antérieures et postérieures cheminant quelque temps à la surface du pharynx avant de pénétrer sa paroi et de progresser dans la sous-muqueuse. Ses branches terminales très réduites vont au trou déchiré antérieur, au trou carotidien, au trou condylien antérieur.

La *faciale*, avant de franchir le bord inférieur du maxillaire inférieur, fournit la palatine ascendante, flexueuse, qui monte entre le stylo-pharyngien, côtoyant alors la paroi externe de la loge amygdalienne, et se terminant vers la voûte du pharynx et le pavillon tubaire. Cette artère palatine ascendante irrigue surtout le pharynx buccal : par ses rameaux pharyngiens qui se détachent de l'artère au niveau de l'angle postéro-externe du pharynx et forment là un bouquet de branches ascendantes, descendantes et transverses ; par ses rameaux palatins qui épousent le trajet descendant du péristaphylin interne et avec lui vont à la face supérieure du voile qu'ils irriguent ; par ses rameaux tubaires, passant entre le péristaphylin externe, antérieur en bas, et le péristaphylin interne postérieur, vas-

cularisant le pavillon tubaire et son voisinage; par l'artère tonsillaire qui, née entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien, perfore la capsule amygdalienne après avoir donné des branches au bord de la base de la langue et à la paroi latérale du pharynx.

La *maxillaire interne* enfin détache dans la fosse ptérygo-maxillaire la palatine descendante ou palatine supérieure, qui parcourt de haut en bas le canal palatin postérieur, et arrivée à la voûte palatine suit en dedans le rebord alvéolaire, se dirigeant vers le trou palatin antérieur. Mais au niveau de son coude derrière la dernière grosse molaire, elle donne une branche qui se dirige en arrière et vascularise la partie postérieure de la face inférieure du voile et aussi sa face supérieure par des perforantes anastomosées avec des branches de la palatine ascendante. Le voile du palais est encore irrigué par des rameaux venus de cette palatine descendante et s'étant engagés dans les trous palatins accessoires. Deux branches postérieures de la maxillaire interne contribuent encore à la vascularisation du pharynx. Ce sont la ptérygo-palatine, qui passe dans le conduit du même nom et se distribue au toit de cavum, et la vidienne, qui a les mêmes origines et même terminaison dans la voûte du pharynx.

La *thyroïdienne supérieure* donne à hauteur de la moitié du bord postérieur du cartilage thyroïde une branche qui irrigue la moitié postérieure de l'hypopharynx.

La *linguale* donne par la dorsale de la langue quelques rameaux au pilier antérieur et à la paroi externe de la loge amygdalienne. Le danger artériel dans les interventions par voie buccale n'est pas constitué comme on l'a cru longtemps par la blessure possible d'une carotide interne, en réalité distante et située en arrière d'un plan frontal tangent à la face antérieure de la colonne cervicale, mais par l'atteinte possible de rameaux issus de deux des branches de la carotide externe; la faciale par la palatine ascendante, et accessoirement la pharyngienne. La faciale, point à noter, présente en général avant de contourner la glande sous-maxillaire une petite crosse ascendante plus ou moins développée qui avoisine l'angle inférieur de la loge amygdalienne.

La pharyngienne, déjà postérieure en cette région, passant en arrière du stylo-glosse, entre le pharynx et la carotide interne, est moins vulnérable que les artérioles tonsillaires et pharyngiennes, branches de la palatine ascendante, qui vas-

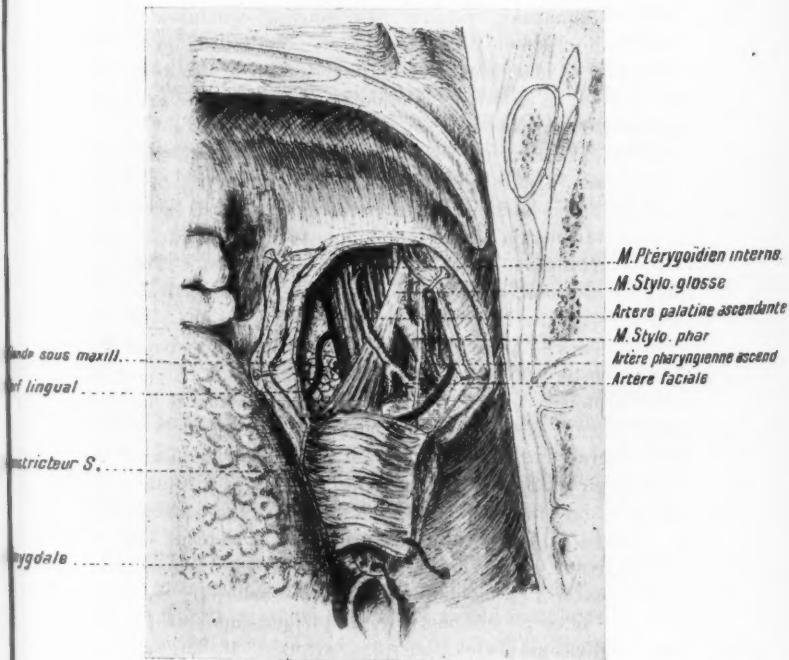


FIG. 2. — L'espace maxillo-pharyngien (du côté droit) après renversement en bas de l'amygdale et de la partie correspondante du constricteur supérieur. (Fig. d'après Testut et Jacob.)

cularisent latéralement cette portion buccale du pharynx. Quand l'intervention est poussée vers le haut, elle intéresse forcément les branches de la palatine descendante venues de la maxillaire interne; vers le bas, les branches de l'artère dorsale de la langue émanant de la linguale. Quant à la

carotide externe, cheminant entre les muscles stylo-pharyngien et stylo-glosse en dedans, et stylô-hyoïdien en dehors, elle est beaucoup plus externe, et les deux muscles styliens internes constituent à son égard deux bons points de repère.

De ces données opératoires, nous pouvons conclure : que la carotide interne constitue un danger exceptionnel; qu'en cas d'ablation de néoplasme étendu, l'hémorragie artérielle résultant surtout de la lésion des branches de la carotide externe, la ligature de cette dernière s'imposera le plus souvent.

VEINES. — Elles comportant un plexus sous-muqueux intéressant peu le chirurgien et un plexus péripharyngien occupant les parois latérales et postérieures du pharynx. Il collecte le sang veineux du plexus sous-muqueux et d'une partie des veines méningées, vidiennes et sphéno-palatines. Ce plexus se présente sous forme de veines plus ou moins verticales et anastomosées, avec, en arrière du pharynx, des anastomoses transversales en barreaux d'échelles. Il domine au niveau de l'angle postéro-externe du pharynx. En somme, existe sur le côté du pharynx une sorte de longue arcade veineuse latéro-pharyngienne se déversant par plusieurs troncs dans la jugulaire interne, en passant au-devant de la carotide interne. Si bien qu'on peut considérer le tronc carotidien (carotide primitive et interne) comme flanqué de deux veines satellites : en dehors, la jugulaire interne; en dedans, l'arcade latéro-pharyngienne, reliées ensemble par des arcades anastomotiques transversales passant devant le tronc artériel.

A côté de ce plexus pharyngien, quelques mots du plexus ptérygoïdien plus élevé et plus externe. Il englobe le muscle ptérygoïdien externe, par conséquent existe surtout dans la partie haute du pharynx, au-dessus du voile. Il comporte un lacis veineux à la face externe du muscle et un lacis profond, composé de veines plus volumineuses, situé sur sa face interne. Par un prolongement à veines fines et serrées, il se poursuit sur la face interne du muscle ptérygoïdien interne. Un vaste rideau est donc tendu de la scissure de Glaser aux angles du pharynx. Ce plexus est surtout en rapport avec le pharynx nasal. C'est là que débouchent les veines du

trou ovale, du trou petit rond et du trou accessoire de Vésale, c'est-à-dire les veines méningées moyennes, la petite méningée et les émissaires du sinus caverneux. Par là, une partie du sang veineux intra-cranien arrive à la jugulaire externe.

En somme, le pharynx buccal est en rapport latéralement et surtout vers son angle postéro-externe avec le plexus péripharyngien, tributaire de la veine jugulaire interne. Si, dépassant les limites du méso-pharynx, le chirurgien s'élève au-dessus du voile, il peut intéresser la partie profonde du plexus du ptérygoïdien externe, plexus important, très variable d'aspect, revêtant tantôt la forme de veines satellites, tantôt celle de plexus, tantôt celle de véritable organe caverneux, et qui, collectant une grande partie du sang veineux intra-cranien, se jette dans la veine jugulaire externe.

LYMPHATIQUES. — Les *lymphatiques du voile* constituent à sa face postérieure un plexus qui se continue en avant avec les lymphatiques du plancher des fosses nasales ; en arrière, ce plexus se déverse par cinq ou six troncs, dont les uns descendent latéralement allant s'anastomoser avec le plexus de la face antérieure, dont les autres descendent derrière les amygdales. Le plexus antérieur du voile, plus riche, se déverse en avant en suivant l'arc glosso-palatin, par des troncs qui vont aux lymphatiques de la base de la langue, latéralement par des troncs qui descendent en dehors des amygdales et s'anastomosent avec leurs lymphatiques.

Enfin, les lymphatiques du voile se rendent aux ganglions situés au niveau de la bifurcation de la carotide primitive ; à ceux qui se trouvent au niveau de l'apophyse styloïde ; à ceux qui sont situés sur les côtés de l'os hyoïde et du larynx.

Les *lymphatiques des amygdales palatines* passent dans la capsule fibreuse, où ils forment de gros troncs munis de valvules et de renflements ganglionnaires, descendent en s'unissant aux lymphatiques de la base de la langue pour se jeter avec ces derniers ganglions sous-maxillaires au niveau de l'angle de la mâchoire et dans les ganglions situés sur les côtés de l'os hyoïde.

Les *lymphatiques du reste de la paroi pharyngienne* forment un groupe supérieur formé de trois ou quatre troncs,

obliquement ascendants, qui vont en haut et en dehors vers l'angle du pharynx, se réunissant à d'autres troncs, venus de la face supérieure du voile et se jettent dans le ganglion situé à la partie la plus élevée du constricteur supérieur.

Le groupe inférieur est formé par un plus grand nombre de troncs qui convergent vers la membrane thyro-hyoïdienne qu'ils traversent, puis se dirigent horizontalement vers les ganglions situés à la bifurcation de la carotide primitive.

En somme, trois groupes principaux de ganglions constituent les relais du territoire lymphatique du pharynx buccal :

1° Les ganglions situés à la bifurcation de la carotide à hauteur de la grande corne de l'os hyoïde;

2° Les ganglions sous-maxillaires;

3° Les ganglions jugulaires supérieurs, en dedans de l'apophyse styloïde.

Les deux premiers groupes peuvent être explorés par voie externe, le troisième en cours d'intervention.

NERFS. — 1° *Nerfs moteurs*. Le trijumeau innerve le péri-staphylin externe. Le facial innerve le péri-staphylin interne, l'azygos de la luette, le pharyngo et le glosso-staphylin.

Le glosso-pharyngien innerve le stylo-pharyngien et concourt aussi à l'innervation du pharyngo-staphylin. Enfin, ses rameaux anastomosés en plexus avec ceux du vago-spinal et du sympathique forment le plexus pharyngien qui commande les mouvements des constricteurs, ainsi d'ailleurs que des branches venues directement du vago-spinal.

2° *Nerfs sensitifs*. — Le trijumeau innerve la muqueuse du voile, de la voûte du pharynx et de l'orifice tubaire par les branches du ganglion de Meckel (maxillaire supérieur).

Le glosso-pharyngien innerve la muqueuse du pharynx par ses rameaux stylo-pharyngiens et pharyngiens qui se perdent dans le plexus pharyngien et le tonsillaire, deux plexus auxquels participent le vago-spinal, qui en outre, par le laryngé supérieur, innerve la portion pharyngée de la base de la langue, l'épiglotte et tout l'hypopharynx.

II. Rapports du pharynx buccal. — Espace maxillo-pharyngien.

Le méso-pharynx ou pharynx buccal est cette portion de

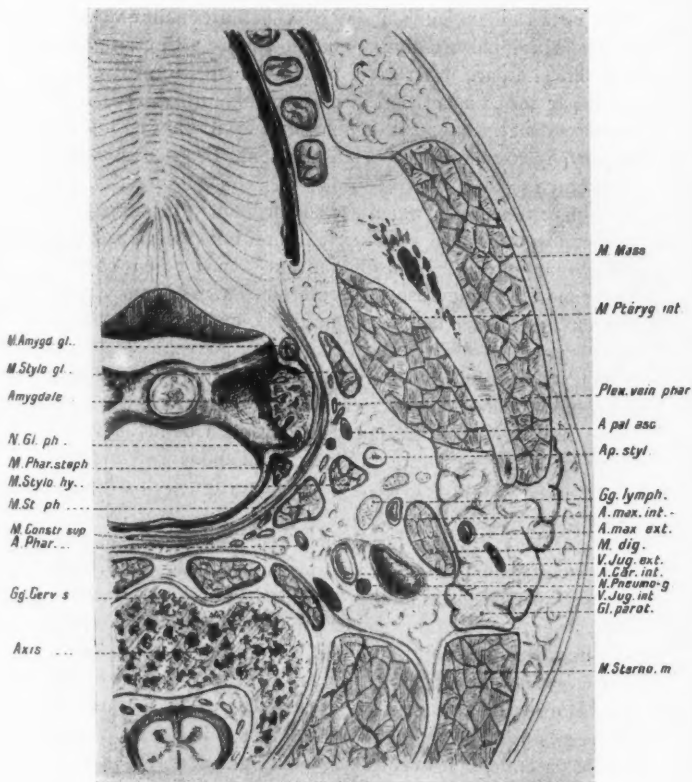


FIG. 3. — Coupe horizontale demi-schématique passant par l'amygdale (côté gauche; segment supérieur de la coupe).

l'organe qui en rapport en avant avec la cavité buccale, dont elle est séparée par l'isthme du gosier (c'est-à-dire le bord

interne des piliers antérieurs), répond en arrière au corps de la deuxième cervicale. Ses parois latérales sont constituées par la loge amygdalienne et son contenu, limitées par les deux piliers. En arrière du pilier postérieur se trouve la gouttière pharyngée latérale. En haut, le pharynx buccal a pour limite effective le voile du palais quand il ferme toute communication avec le rhino-pharynx, fictive quand le voile est en situation pendante. La paroi inférieure, mobile ou virtuelle, est constituée par un plan horizontal, qui prolongerait en arrière la langue étalée. Les rapports du pharynx buccal sont : en arrière, l'espace rétro-pharyngien ; latéralement, l'espace maxillo-pharyngien.

L'espace rétro-pharyngien est compris entre la paroi pharyngienne postérieure recouverte d'une toile celluleuse que certains auteurs décrivent comme une aponévrose péripharyngienne et l'aponévrose prévertébrale. Là, existe un espace celluleux, décollable facilement au doigt, où se trouvent deux ou trois ganglions décrits par Gillette, qui peuvent être chez l'enfant (ils s'atrophient chez l'adulte) le siège d'adéno-phlegmons ayant tendance à fuser en avant et en bas, mais pas sur les côtés à cause de la cloison sagittale qui à ce niveau réunit l'angle postéro-externe du pharynx à l'aponévrose prévertébrale, séparant ainsi l'espace rétro-pharyngien, de l'espace maxillo-pharyngien.

L'espace maxillo-pharyngien, qui avoisine latéralement le pharynx, est constitué en dedans par la paroi pharyngée, en dehors par la branche montante doublée du muscle ptérigoidien interne. Cet espace, qui répond à la fosse zygomatique, comporte une paroi antérieure très réduite (un angle même pour beaucoup d'auteurs, angle répondant au pilier antérieur du voile) et une paroi postérieure, constituée par les apophyses transverses de la colonne cervicale et surtout par la masse latérale de l'atlas, en avant de laquelle, mais en dehors, descend l'apophyse styloïde. Plus en dehors enfin, le bord antérieur du digastrique, qui comble à peu près l'espace situé entre la styloïde et la branche montante. Dans cet espace, que beaucoup d'auteurs divisent en espace stylien antérieur ou préstylien et rétro-stylien, cheminent les nerfs et vaisseaux

Croc
M. P.
M. C.
A. C.
Ap
M. J.
Ax

FIG.
pé
se
la

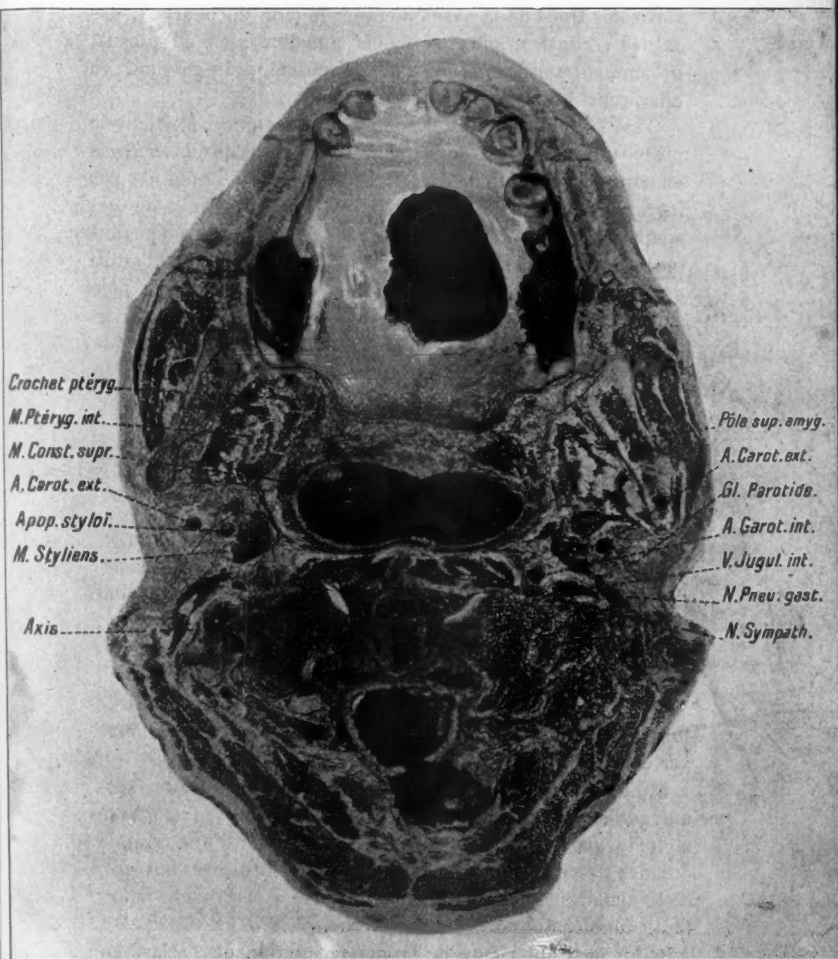


FIG. 4. — Coupe horizontale menée aux confins de l'épi et du méso-pharynx et passant par le pôle supérieur des amygdales (segment supérieur). Cette coupe intéresse la voûte palatine osseuse, le voile vers son milieu, la dent de l'axis et les masses latérales de l'atlas. Elle ouvre la fosse cérébrale postérieure.

sortis des trous de la base du crâne; le long du pharynx, des veines verticales, plus ou moins anastomosées en plexus, notamment sur la face interne du muscle ptérygoïdien, où elles constituent le plexus du même nom.

C'est sur des coupes horizontales sériées que s'étudient le plus avantageusement les rapports du pharynx. Nous en avons effectué un certain nombre sur des têtes fixées et durcies par injections d'alcool formolé, et reproduisons ici trois de ces coupes, intéressant la région du méso-pharynx. Ces coupes ont été menées suivant trois plans parallèles, distants l'un et l'autre de 12 millimètres, et correspondant respectivement au pôle supérieur, à la partie moyenne et au pôle inférieur de l'amygdale palatine. On pourra, en les examinant, se rendre compte des modifications de rapports subies par les organes de la région du pharynx buccal à ses limites supérieure et inférieure.

III. — Considérations de médecine opératoire sur le méso-pharynx abordé par voie buccale.

Quand, le sujet étant en position de Rose, la bouche largement ouverte par un bâillon de Whithead, un écarteur chargent la langue, un autre la joue, on a pratiqué l'évidement complet de la loge amygdalienne, on peut reconnaître au doigt, à travers la gouttière musculo-aponévrotique du pharynx, plusieurs points de repère importants qui sont :

1° En dedans, le corps des vertèbres cervicales et surtout le tubercule antérieur de l'atlas, ainsi que le corps des premières vertèbres cervicales ;

2° En dehors, le doigt étant engagé dans la fossette sus-amygdalienne qu'il déprime en haut et en dehors, l'apophyse styloïde, parfois sa pointe seule, plus souvent une grande étendue de cette apophyse. Quand la bouche est très ouverte, cette apophyse s'accole en quelque sorte à la branche montante doublée du ptérygoïdien interne.

3° La face antérieure de la masse latérale de l'atlas, en déprimant avec le doigt la paroi pharyngée postérieure, entre la styloïde en dehors, la colonne cervicale en dedans. Sur ce plan profond reposent la veine jugulaire interne, en

A.
A. To
A. A.
M. Ph
A. Ca
V. Ju

FIG. 3
int
le

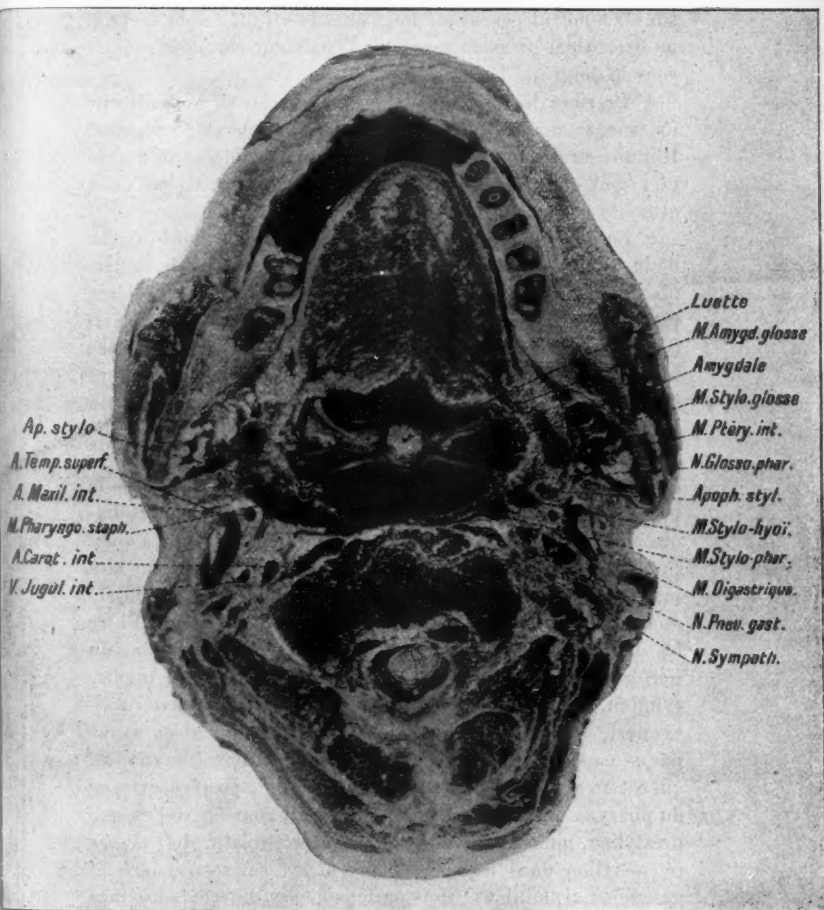


FIG. 5. — Coupe horizontale passant par la partie moyenne des amygdales (segment supérieur). — Elle intéresse la région alvéolaire du maxillaire inférieur, la langue, la luette et les piliers du voile, le corps et les masses latérales de l'axis.

dedans d'elle, l'artère carotide interne (dont les battements sont facilement perçus au doigt chez le vivant), dont on peut au besoin par pression percevoir l'épaisseur cannelée roulant sous le doigt qui l'explore.

4° Derrière le voile, en dehors au niveau de son attache externe, le crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. Il limite en dedans et en bas la fosse ptérygoïde, d'où naît le ptérygoïdien interne dont nous localisons ainsi les deux attaches supérieure et inférieure.

5° En dehors, enfin, sur une ligne unissant le bord interne de la dernière molaire supérieure au bord interne de la dernière molaire inférieure, le bord antérieur du ptérygoïdien interne. Entre lui et la dernière molaire inférieure, le nerf lingual est très superficiel. La paroi pharyngée étant incisée à 2 centimètres environ de la ligne médiane depuis le bord inférieur du voile en haut, sur une étendue verticale de 4 à 5 centimètres, une fois le constricteur traversé, on recherche le grand repère de cette région, le ruban rouge oblique en bas et en dedans du muscle stylopharyngien. Ce muscle aborde la paroi latérale du pharynx à 2 centimètres environ plus bas que le bord inférieur du voile. Il est en général facile à voir. En dehors de lui, mais de plus en plus antérieur au fur et à mesure qu'il descend vers la langue, se trouve le stylo-glosse, analogue comme aspect, mais moins visible en général. Entre les deux, passe le petit cordon blanchâtre, bien visible, du nerf glosso-pharyngien, qui, d'abord postérieur au stylo-pharyngien, suit ensuite son bord externe, puis devient extérieur. Ce nerf, comme le stylo-pharyngien, est recouvert en avant par une aponévrose orientée transversalement en sens frontal, qui est en général bien visible et va de l'angle postéro-externe du pharynx à l'apophyse styloïde. Cet aileron sépare l'espace préstylien, qui n'a pour nous qu'un intérêt relatif, de l'espace rétro-stylien dans lequel se trouvent les vaisseaux, nerfs et ganglions explorables. Nous parlons de ces différents organes simplement dans un but de médecine opératoire, car en réalité, dans les interventions qui peuvent être faites en cette région, il est utile de les situer simplement pour les éviter, de même, par exemple, que dans la thyroïdectomie le chirurgien

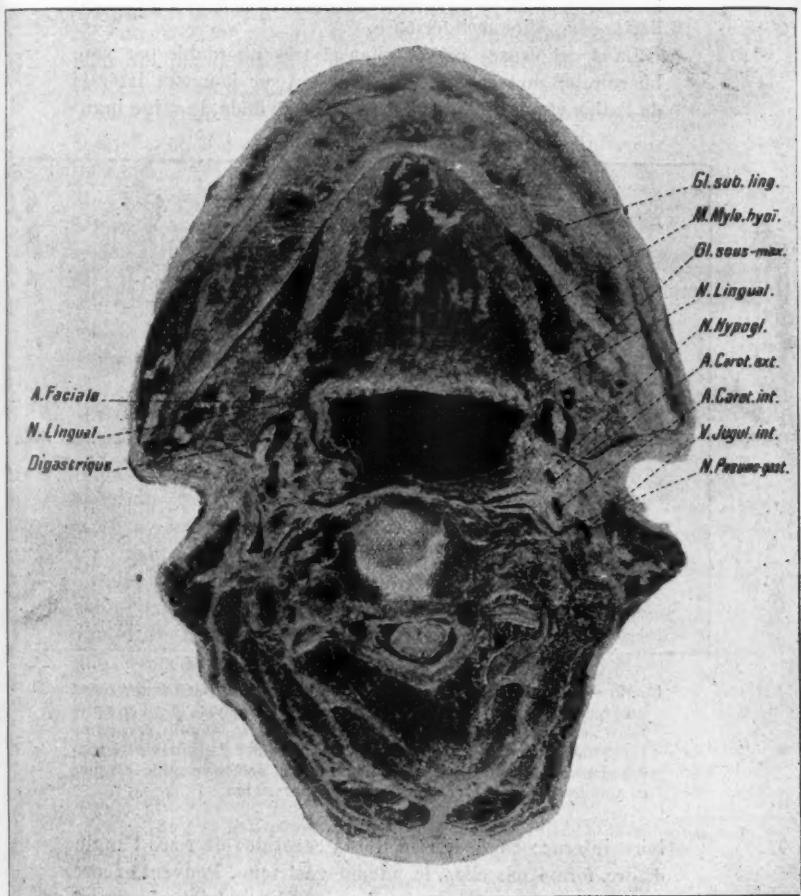


FIG. 6. — Coupe horizontale menée aux confins du méso et de l'hypopharynx et tangente au pôle inférieur des amygdales (segment supérieur). — Elle intéresse l'angle de la mâchoire, la base de la langue et le disque intervertébral sous-axoïdien.

gien repère le récurrent, pour ne pas l'intéresser quand il lie l'artère thyroïdienne inférieure.

Dans cet espace rétro-stylien et très abordable par voie buccale, on met en évidence, reposant sur la masse latérale de l'atlas et aussitôt en dedans de la styloïde, la veine jugu-

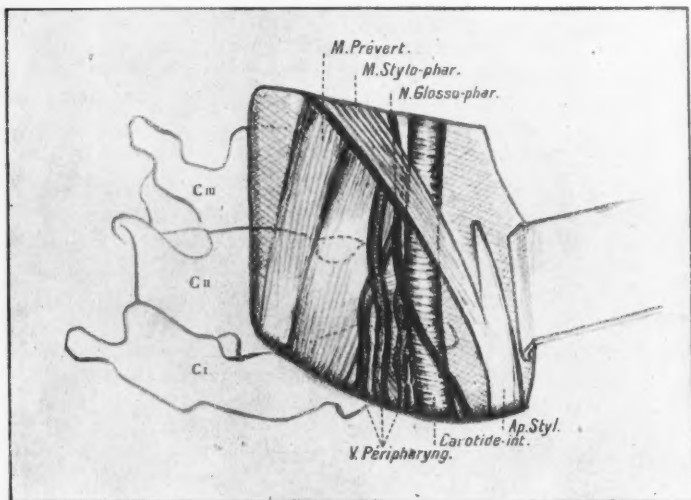


FIG. 7. — Espace maxillo-pharyngien du côté droit (vu le sujet étant en position de Rose). — Un écarteur attire en dehors le pilier antérieur; en pointillé fin, colonne cervicale et masse latérale; c, colonne cervicale recouverte des muscles prévertébraux; d, veines péri-pharyngiennes; m, muscle stylo-pharyngien; e, artère carotide interne; a, apophyse styloïde; IX, nerf glosso-pharyngien.

laire interne; en dedans d'elle la carotide; derrière l'angle dièdre formé par elles, le pneumogastrique. Peuvent encore être repérés par cette voie, le grand hypoglosse, le grand sympathique, le spinal. Ce dernier, sorti de l'interstice artérioveineux, se dirige en avant, en bas et en dehors, croisant obliquement la face antérieure de la jugulaire interne, plus rarement sa face postérieure.

Le grand hypoglosse, sortant du crâne en dedans de l'artère, lui est postérieur. passe entre la veine et le pneumogastrique, pour devenir antérieur et gagner la face externe de la carotide externe. Il n'est souvent pas visible.

Le ganglion cervical supérieur du grand sympathique a son pôle supérieur en arrière de l'artère, son pôle inférieur en arrière de la veine, sa partie moyenne en arrière du pneumogastrique. De ces organes, l'artère, la veine et les ganglions, le stylo-pharyngien, le glosso-pharyngien, sont en général facilement reconnus ; surtout si on tourne le menton du patient du côté opposé à l'opération. La manœuvre inverse doit être employée si on veut protéger les vaisseaux. Au besoin, la ligature de la carotide interne et de la jugulaire par cette voie ne présenterait pas de difficultés insurmontables, surtout celle de l'artère.

Dans ces différentes manœuvres, faites bien entendu à peu près exclusivement à la sonde cannelée et à la pince à dissection, le danger d'hémorragie artérielle paraît peu à craindre, au besoin est supprimé par la ligature préalable de la carotide externe. L'écueil pour les opérations un peu étendues nous paraît être le péril veineux. Il faut se rappeler, en effet, que dans l'angle dièdre à ouverture postérieure formé par le stylo-pharyngien et le pharynx se trouve un lacis veineux de vaisseaux surtout verticaux descendant longitudinalement derrière la portion la plus interne du muscle et qui collectent le sang veineux du pharynx et de la base du crâne. C'est là l'obstacle véritablement à craindre et mieux vaut en cette région agir à la sonde cannelée, écarter ces veines, que de pincer et de lier, pincement et ligature qui, encore une fois, ne présentent pas de difficultés particulières.

Nous avons exposé ces recherches d'anatomie topographique et de médecine opératoire surtout à titre documentaire, car en pratique, on ne passera outre à l'ablation que si une exploration ganglionnaire venait à s'imposer par cette voie, auquel cas exploration et ablation des ganglions se feraient à la pince et à la sonde cannelée.

(A suivre.)

A PROPOS DE L'INFILTRATION ANESTHÉSIANTE DU NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR,

Par **H. LUC.**

Je viens de prendre connaissance de la lettre ouverte dans laquelle M. Ostwalt revendique la priorité quant au procédé d'infiltration du nerf maxillaire par voie buccale.

J'avoue que quand je consacrai quelques lignes à la description de la méthode en question, dans mon rapport publié dans le dernier numéro des Annales, je ne la connaissais que par la communication faite l'an dernier par M. Jeay à la Société parisienne d'oto-laryngologie. Peut-être celui-ci ignorait-il comme moi-même les communications antérieures de M. Ostwalt. C'est à lui qu'il appartient de nous éclairer sur ce point. S'il en était autrement et si à l'occasion de l'exposé de sa méthode, il avait fait aux travaux de son devancier une allusion qui m'eût échappé, l'expression de mon regret s'adresserait à tous deux, puisque je me trouverais avoir méconnu la priorité de l'un et mal reproduit les paroles de l'autre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 10 mars 1911.

Président : HEYMANN.

Secrétaire : ROSENBERG.

BENDA. — **Phlegmon du larynx.** — Démonstration de deux préparations provenant de malades morts avec phénomènes de septicémie. Cliniquement, le phlegmon du larynx a fait peu de symptômes et à l'autopsie l'infiltration suppurée de la muqueuse laryngée a été une trouvaille. On admet généralement que ces phlegmons prennent naissance dans de petites lésions superficielles de la muqueuse ou sont dus à la propagation d'une suppuration du voisinage.

Discussion.

ROSENBERG a remarqué plusieurs fois qu'un abcès de l'amygdale pouvait occasionner de l'œdème de l'épiglotte et du pli aryépiglotique.

HALLE rappelle une préparation montrée par lui il y a six ans. Il s'agissait d'une affection périfrontale qui était le point de départ d'une septicémie avec amygdalite nécrotique et œdème consécutif de la glotte.

LENNHOFF a eu occasion d'intervenir deux fois. Dans les deux cas l'asphyxie était si menaçante qu'il a fallu, après un essai de

(1) Compte rendu par Lautman, d'après *Berlin Klinisch. Wochench.*, 1911, n° 16, 26, 43.

scarification endo-laryngée, exécuter la trachéotomie dans un cas, tandis que dans l'autre cas, une excision du repli épiglottique avec la curette double a amené la guérison. Lennhoff croit que le point de départ dans un des cas était un abcès péri-tonsillaire.

KUTTNER rappelle que lui le premier a montré l'analogie qui existe entre l'érysipèle du larynx et la laryngite phlegmoneuse. Sénator a cru au début que le pronostic était toujours défavorable. En effet le danger d'asphyxie brusque, de la faiblesse cardiaque, de lésions locales consécutives nous oblige à envisager le pronostic très sévèrement.

GRABOWER. — **Tumeur de l'œsophage.** — L'examen œsophagoscopique continué pendant six mois permet d'affirmer qu'il s'agit d'un ganglion péri-trachéal qui se développe vers l'œsophage où il provoque les mêmes symptômes qu'une véritable néoplasie de la paroi œsophagienne. Grabower croit qu'à la suite des nombreux efforts de vomissements que le malade a dû faire au cours d'une gastrite la musculature de l'œsophage a cédé juste à la place où le ganglion a pu faire irruption dans la lumière de l'œsophage.

ROSENBERG. — **Cancer de l'hypopharynx.** — A l'examen d'un homme de 60 ans se plaignant de dysphagie Rosenberg a constaté une paralysie de la corde vocale gauche et une paralysie du posticus à droite. Les symptômes ont suffi à Rosenberg pour supposer une affection de la paroi postérieure du cartilage cricoïde. En effet à l'hypopharyngoscopie Rosenberg a pu se convaincre qu'il existait un cancer.

Séance du 12 mai 1911.

Président : HEYMAN.

Secrétaire : ROSENBERG.

FISCHER. — **Un cas de pemphigus.** — La malade, âgée de 60 ans, présente des ulcérations disséminées partout dans la cavité buccale et un œdème du larynx.

Discussion.

FINDER propose un essai thérapeutique avec le Salvarsan.

HEMPEL propose trois fois par jour 0^{gr},25 de quinine.

FINDER. — *a) Sarcome du sinus maxillaire.* — Le pronostic de ces tumeurs n'est pas trop défavorable.

b) Corps étranger de la bronche droite. — Os volumineux retiré par bronchoscopie. L'examen radioscopique a été négatif.

c) Syphilis des deux sinus frontaux et de l'os ethmoïdal. — Malgré le traitement anti-syphilitique et l'injection de Salvarsan, il a fallu faire l'ouverture des deux sinus par voie externe.

HÖLSCHER. — *L'insuffisance des voies respiratoires supérieures dans le goitre.* — Il existe deux formes éminemment sténosantes du goitre ; celle très connue du goitre plongeant et celle où le pôle supérieur du goitre pousse derrière le larynx et la trachée. Cette dernière forme occasionne également de la dysphagie et cette dysphagie peut même apparaître avant la dyspnée. Hölscher rapporte plusieurs cas qui montrent les difficultés du diagnostic.

Discussion.

ROSENBERG. La compression par ces goîtres amène très rarement l'usure du cartilage (chondromalacie) de la trachée, de sorte que le pronostic n'est pas très défavorable même dans les cas invétérés.

HÖLSCHER. Les troubles cardiaques qu'on observe quelquefois dans les cas de goitre pourraient faire craindre le chloroforme. Hölscher n'a eu qu'un seul cas de mort opératoire dans les cas de goitre, précisément dans un cas opéré sans anesthésie générale. La cause de la mort a été le choc. C'est cette crainte du choc qui a amené Braun, qui a également eu un cas de mort par choc à enregistrer, à renoncer à l'anesthésie locale dans les cas difficiles de goitre. Quand il s'agit d'un cas léger de goitre, on peut évidemment employer l'anesthésie locale. Hölscher emploie scopolamine-éther.

HALLE. — *Dacryocystite bilatérale avec ethmoïdite bilatérale, opérée par voie endo-nasale.* — Le malade portait dans l'angle interne gauche de l'œil, une tumeur fluctuante qu'un oculiste a considérée comme étant d'origine nasale. En effet, Halle a trouvé une ethmoïdite bilatérale. Comme le malade était réfractaire à la cocaïne, il a fallu faire le curettage endo-nasal à l'aide d'anesthésie perorale. Après ouverture du sinus ethmoïdal, Halle a ouvert

le canal naso-lacrymal d'après Wast. Halle a exécuté l'opération de Wast après avoir introduit une sonde dans le canal naso-lacrymal. L'opération est facilitée si on dénude entièrement de sa muqueuse la saillie que forme dans le nez l'apophyse montante du maxillaire. Dans cette saillie se trouve le canal. Le canal est incisé sur toute la longueur. Pour éviter que les malades ne chassent pas l'air par l'œil en se mouchant, Halle conseille de ne pas faire l'excision totale du sac lacrymal.

SCHIEDER. — Paralysie bilatérale du posticus. — La dyspnée que présente le malade, âgé de 42 ans, est énorme. Schieder attend pour faire la trachéotomie. La cause est inconnue. Peut-être est-ce un début de tabes.

Discussion.

Rosenberg a décrit il y a dix ans le cas d'un malade chez lequel la paralysie bilatérale du posticus datait de vingt ans. Le malade vit toujours. Il s'est habitué à sa dyspnée et continue à refuser la trachéotomie qu'on lui avait proposée il y a trente ans. Ici aussi la cause est inconnue.

Séance du 16 juin.

Président : LANDGRAF.

Secrétaire : ROSENBERG.

HÖLSCHER. — a) Extirpation totale du larynx et résection de l'œsophage pour carcinome.

b). Goitre rétro-pharyngé. — Malade de 68 ans consulte pour de la dysphagie. A la paroi postérieure du pharynx on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, et mobile, contre la colonne vertébrale. La glande thyroïde augmentait, disparaissait derrière le larynx. A un examen combiné, on avait l'impression que le goitre était en rapport avec la tumeur du pharynx. A l'opération on a reconnu l'exactitude du diagnostic.

c) Goitre rétro-sternal. — Jeune fille de 23 ans se plaint de dyspnée. A la trachéoscopie la lumière de la trachée est réduite à une fente. Opération.

LENNHOFF. — **Cancer de l'amygdale palatine.** — Au début on a cru avoir affaire à un abcès péri-tonsillaire. La tumeur s'est rapidement développée. Opération par Glück : ligature de la carotide externe, extirpation de tous les ganglions régionaux, y compris les parotidiens. Résection de la branche montante du maxillaire et luxation. La suite de l'opération dans la position de Rose, par voie buccale. Neuf semaines après l'opération, cicatrisation presque complète. On voit par la bouche la queue du cornet inférieur et l'orifice pharyngé de la trompe.

SCHWARZ. — **Carcinome de la fosse nasale.** — Au début on croyait à une sinusite ethmoïdo-maxillaire. Comme la ponction du sinus maxillaire reste négative, on examine de près la muqueuse de la fosse nasale et on découvre partout des ulcérations bourgeonnantes et sur le plancher de la fosse nasale on trouve de l'os dénudé. On songe à la syphilis. Wassermann négatif. Reste le diagnostic de tumeur maligne. Un examen histologique n'est pas plus concluant. Enfin l'observation ultérieure montre qu'il s'agit réellement de cancer.

Discussion.

FINDER, après avoir examiné le malade, croit tout de même plutôt à la syphilis, malgré qu'un nouvel examen histologique affirme l'existence du cancer. Pour que les résultats biopsiques puissent avoir une valeur définitive dans les cas de néoplasies des voies respiratoires supérieures, les parties excisées doivent être suffisamment grandes et prises en pleine néoplasie.

STURMANN. — **Le traitement par l'aspiration.** — Si le principe du traitement par l'aspiration est bon, les appareils jusqu'à présent usités pour cette thérapie ne donnaient pas de résultats pratiques. Le ballon qui jusqu'à présent provoquait la succion se gonflait trop vite. Il a fallu songer à remplacer cette aspiration par une aspiration continue. On peut se servir d'une trompe à eau. Il ne faut pas croire que par le procédé d'aspiration, même avec les meilleurs appareils, on puisse toujours démontrer la présence de pus dans les sinus. Il ne faut pas considérer le traitement par l'aspiration comme une panacée contre les sinusites. L'aspiration a une grande valeur aussi pour l'hémostase pendant les opérations. On peut, grâce à l'aspiration, faire les résections sous-muqueuses, opérer des sinusites, bref faire des opérations sur les os sans être gêné

par l'hémorragie. L'aspiration peut être employée aussi après les opérations pour nettoyer le nez des croûtes et du sang coagulé. On peut nettoyer un nez ozéneux, aspirer le contenu des sinus. Même une caisse peut être rapidement asséchée après introduction d'une canule fine à travers la perforation tympanale. Pour le moment, cet appareil a l'inconvénient de nécessiter une chute d'eau. Sturmman est en train de construire un appareil marchant avec un moteur.

Discussion.

SCHOETZ. L'appareil simple à aspiration avec ballon et embout suffit largement. Le ballon se gonfle et on peut aspirer des récipients pleins de pus.

CLAUS. L'aspiration n'est pas facile comme technique, mais une fois bien appliquée elle donne des résultats très satisfaisants.

ROSENBERG. — **Moyen de reconnaître des pertes de substance superficielle sur les muqueuses.** — Irrigation avec une solution alcaline de fluorescéine à 2 p. 400.

STURMANN emploie depuis longtemps pour le même effet des solutions de nitrate d'argent qui laissent un enduit blanc sur les parties ulcérées.

Séance du 13 octobre 1911.

Président : LANDGRAF.

Secrétaire : ROSENBERG.

GRÆFNER. — **Angiome de la joue et du voile.**

HÖLSCHER. — **Carcinome de la langue traité par l'adrénaline.** — On a injecté au début quelques gouttes d'adrénaline seulement. Lentement on est monté jusqu'à 2 grammes d'adrénaline par jour. La tumeur avait au début la grosseur d'un œuf de poule et le malade a dû être trachéotomisé.

A la suite des injections la tumeur a commencé de se gangréner et à s'expulser en partie. Au moment de la présentation il ne persiste qu'une toute petite tumeur à la base de la langue.

Discussion.

SCHOETZ est obligé de mettre en parallèle avec ce cas un autre moins heureux. Il s'agit d'un homme de 60 ans atteint de cancer inopérable du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur. Le docteur Reicher, auquel on doit la méthode du traitement du cancer par les injections d'adrénaline, a conduit personnellement le traitement. Déjà au bout de quelques injections il s'est formé un abcès qui a dû être incisé et qui a beaucoup hâté la détermination fatale.

GRÆFNER a vu une amélioration d'un cancer inopérable de la langue à la suite d'une injection d'une demi-seringue de Pravaz d'adrénaline.

ROSENBERG a vu suivre de douleurs chaque injection d'adrénaline faite dans un cancer inopérable occupant la région fronto-ethmoïdale.

HÖLSCHER rappelle qu'au commencement il n'a donné que quelques gouttes d'adrénaline mélangées à la novocaïne à 1 p. 100. A part un peu d'ischémie du côté injecté, il n'a jamais remarqué une réaction particulièrement désagréable. Les opérations ont toujours été faites profondément. Dans un deuxième cas soigné depuis 2 mois, il n'y a pas eu d'accident non plus. Dans ce cas-là les injections ont été faites au-dessous du cancer dans le tissu environnant.

HÖLSCHER. — Deux cas d'extirpation totale pour carcinome du pharynx. — a) Chez un homme de 52 ans on a enlevé dans la même séance le larynx, le pharynx, la moitié gauche de la glande thyroïde, les ganglions, et la trachée a été fistulisée. Le malade a engraisé de 11 livres depuis l'opération. Grâce à une prothèse spéciale le malade se nourrit par la bouche. La prothèse est introduite dans l'œsophage comme un entonnoir.

Le deuxième malade, âgé de 47 ans, n'est opéré que depuis 15 jours. Ce malade, comme le précédent, atteint d'un énorme cancer du pharynx, a été peu gêné par son affection jusqu'à ce que la dysphagie ait apparu presque brusquement. L'opération faite sous anesthésie générale a été fertile en incidents dus à l'obstruction presque complète du larynx par la tumeur et une asphyxie nécessitant la respiration artificielle pendant une demi-heure, survenue après résection du larynx.

b) **Tumeur sous-glottique** au début on croyait à une tumeur maligne. La tumeur a été enlevée par laryngofissure. Il s'agissait d'un fibrome.

HALLE. — Périostite ou ostéo-sarcome. — Chez une jeune fille de 17 ans s'est développée une tumeur sur l'os nasal droit. Halle exécute l'opération de Rouge. Il tombe sur deux abcès osseux, l'un à droite, l'autre à gauche de l'ouverture pyriforme. Les deux abcès étaient dus à une infection par la racine de l'incisive correspondante. Halle montre comment seule la décortication lui a permis de reconnaître l'existence de ces deux abcès insoupçonnés et non diagnostiqués ni par des dentistes consultés ni par les radiologues. De plus le malade a évité une incision par voie externe. Malheureusement, quatre semaines après cette opération, il s'est développé une sténose de l'entrée du nez. Cette complication n'a pas encore été décrite. Pour guérir cette sténose, Halle a enlevé une partie du bord inférieur de l'ossature, excisé une partie du tissu sous-muqueux et exécuté une greffe avec une partie de la peau prise sur le bras de la malade.

Discussion.

FINDER trouve que la décortication est un procédé opératoire dangereux et peut être seulement indiqué dans les tumeurs malignes où d'autres procédés opératoires lui font concurrence.

LOEWENHEIM a guéri un cas de sténose de l'entrée du nez par l'électrolyse.

HALLE voudrait, à l'encontre de Finder, faire remarquer la grande valeur de l'opération de Rouge pour permettre le diagnostic dans les cas difficiles.

LENHOFF. — Cas de tuberculose primaire du nez. — Malade de 27 ans se plaint d'obstruction nasale l'empêchant de dormir la nuit, d'où, croit-elle, provient son mauvais état général. La résection du pôle postérieur du cornet inférieur à gauche reste sans résultat. A l'examen on trouve la fosse nasale presque remplie par le cornet inférieur qui est dur et laisse à peine passer la sonde entre lui et le septum. Résection du cornet inférieur. On reconnaît maintenant une ulcération sur le septum. Le cornet examiné histologiquement est reconnu comme étant de nature tuberculeuse. Légère ulcération sur le cornet moyen. Le reste de l'examen général est négatif.

Discussion.

MEYER ne croit pas les cas de tuberculose nasale si rares. Déjà le fait que la tuberculose nasale précède le lupus le prouve.

KILLIAN aimerait bien parler de lupus plutôt que de tuberculose et dans ce sens il croit aussi que la tuberculose nasale n'est pas rare. Très souvent on peut, en insistant, reconnaître la source d'infection. Il s'agit pour la plupart d'individus robustes autrement résistant à la tuberculose à marche rapide et en effet très rare dans le nez.

LENNHOFF ne croit pas que le cas présenté par lui puisse être qualifié de lupus. On distingue dans la tuberculose nasale une forme ulcéro-caséuse, une forme d'infiltration et une forme analogue aux tumeurs. Le cas présenté par lui répond à la forme par infiltration.

Séance du 10 novembre 1911.

Président : LANDGRAF.

Secrétaire : ROSENBERG.

GLUCKSMANN. — **Les rapports de l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie.** — Avant d'entrer dans l'exposé critique des méthodes endoscopiques, Glucksmann présente plusieurs cas permettant de juger de la valeur pratique de ces instruments. Ces cas sont les suivants : extraction d'un grand dentier de la partie supérieure de l'œsophage, extraction d'un porte-crayon de la bronche inférieure gauche vingt-quatre heures après l'aspiration. Diagnostic d'un ulcère carcinomateux de l'œsophage et en même temps diagnostic d'une compression de l'œsophage par métastase ganglionnaire. Sténose de l'œsophage à la suite d'une cautérisation par produit chimique. Après ces présentations, Glucksmann critique la façon dont la discussion du rapport sur la broncho-œsophagoscopie, au dernier congrès de Berlin, a été faite. Il s'élève contre l'opinion de Killian qui a prétendu que l'œsophagoscopie ait tiré un résultat de la bronchoscopie et que l'œsophagoscopie s'est développée parallèlement à la bronchoscopie. Il ne peut pas admettre non plus que Killian n'ait pas rendu justice à tous ceux qui ont travaillé sur ce terrain. Ainsi, par exemple, pour ne citer que le travail de Kirstein, le rapporteur lui a donné moins de développement qu'au sien propre et quant aux

travaux de Rosenheim, ils valent, au point de vue œsophagoscopique, les travaux de Killian au point de vue bronchoscopique. N'ont pas été mentionnés du tout dans le rapport de Killian, Kölliker (inventeur d'un œsophagoscope spécial), Holub (cas très intéressant d'œsophagoscopie), von Merkel (premier grand travail d'ensemble sur l'endoscopie). La gastroscopie a été complètement ignorée. Ce que Glucksmann ne peut pas surtout pardonner à Killian c'est d'avoir passé sous un silence complet les travaux de Glucksmann. En agissant ainsi, Killian n'avait pas le droit de dire qu'il a essayé dans son rapport de donner un aperçu historique sur le développement des méthodes endoscopiques.

Discussion.

LANDGRAFF, *président* : malgré que la communication ne corresponde pas au titre, il n'a pas voulu interrompre l'orateur sachant qu'il avait préalablement prévenu Killian de cette attaque et qu'il avait accepté la discussion.

KILLIAN veut laisser de côté tout ce que Glucksmann lui a reproché personnellement. Il regrette d'avoir été empêché d'envoyer son rapport assez tôt au comité du Congrès pour qu'il pût être imprimé. Il n'a pas pu mentionner les travaux de Glucksmann pour la bonne raison qu'il s'est arrêté dans l'énumération des travaux à 1912 et que les premiers travaux de Graefner remontent à 1903. pour les autres pays, comme l'Amérique par exemple, où on s'est occupé d'œsophagoscopie seulement dix ans plus tard, il a naturellement fallu faire mention de travaux plus récents.

GLUCKSMANN ne peut pas accepter les explications de Killian puisqu'il est certain que des efforts continués depuis seize ans ont contribué à l'avancement de l'œsophagoscopie, fait dont un rapporteur avait le devoir d'informer les congressistes.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE (1).

Séance du 17 février 1911.

Président : SCHWABACH.

Secrétaire : HERZFELD.

HAIKE. — **Action et effet secondaire du Salvarsan sur l'oreille.** — Le Salvarsan agit bien et rapidement dans la syphilis de l'oreille,

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Berlin, Klinisch. Wochensch.*, 1911, Nos 15, 23, 26, 29.

même là où le mercure se montre réfractaire. Pourtant il existe des cas de syphilis de l'oreille dans lesquels le Salvarsan échoue également. Quant aux effets secondaires, l'école d'Ehrlich ne les admet pas et prétend qu'il s'agit de récidives de syphilis. En conséquence, ces malades sont à réinjecter. Dans un cas de Haike, après une première injection de Salvarsan, s'est développé une surdité avec bourdonnement et paralysie du facial. Après la deuxième injection, la paralysie du facial a disparu et ce n'est qu'à la troisième injection que les symptômes auriculaires ont disparu. Caractéristique pour ces cas est la participation de l'oreille moyenne.

Discussion.

LÉVY a vu à la suite d'une injection de Salvarsan une lésion grave du labyrinthe se développer sans participation de l'oreille moyenne.

WECHSELMANN. L'atteinte des nerfs craniens consécutive à l'emploi du Salvarsan ne se laisse pas mettre en comparaison avec l'atteinte causée par l'atoxyl. Rien n'empêche de continuer les injections de Salvarsan même quand on croit avoir eu un accident, car si l'oreille est perdue, une nouvelle injection n'augmentera pas le mal, mais s'il s'agit de neuro-récidive, le malade guérira.

Séance du 31 mars 1911.

Président : SCHWABACH.

Secrétaire : BEYER.

HALLE. — **Sur les myalgies en otologie.** — Au cours d'une otite peuvent apparaître des douleurs qu'on aurait tort d'attribuer à l'os et au revêtement muqueux. Bien au contraire ces douleurs peuvent être très superficielles et être dues à une contraction dans le sterno-cléido et dans le trapèze. Quand on traite ces douleurs par la trépanation de l'apophyse, le soulagement est passager. Une affection analogue peut se rencontrer sur l'os frontal et être confondue avec une sinusite frontale.

Discussion.

CLAUS a vu des cas comme ceux rapportés par Halle, mais ne croit pas une confusion possible avec une inflammation profonde.

PERTZ a constaté ces douleurs myalgiques surtout dans la région du temporal. Mais on peut les rencontrer partout ailleurs sur la tête. Le traitement qui réussit le mieux consiste en injections d'une solution contenant novocaïne 0,5, chlorure de calcium 0,075, chlorure de sodium 0,6, eau distillée 100 gr. Le traitement est long. On pourrait aussi essayer le massage d'après Cornélius.

BRUHL. Aucun otologiste expérimenté ne se laissera entraîner à trépaner une mastoïde uniquement parce que le malade a des points sensibles autour de l'oreille. Il n'existe pas beaucoup de sujets qui ne présentent pas de ces points sensibles.

HALLE trouve que jusqu'à présent ces myalgies n'ont pas été suffisamment étudiées par les otologistes et il croit avoir raison de mettre les spécialistes en garde contre les ouvertures inutiles de l'apophyse mastoïde ou du sinus frontal à la suite de la constatations de myalgies.

A. J. WOLFF. — **Expérience à l'aide du monocorde.** — La conduction osseuse permet de percevoir des sons plus élevés que la conduction aérienne. Cette différence est surtout manifeste dans la surdité nerveuse, mais il ne faut pas croire que nous entendons mieux par la conduction osseuse que par la conduction aérienne.

Séance du 19 mai 1911.

Président: PASSOW.

Secrétaire: BEYER.

LEVY. — **Ouverture rétro-auriculaire persistante.** — Chez un enfant qui a dû être trépané deux fois, l'ouverture derrière le conduit externe ne s'est pas cicatrisée et on peut de là inspecter la caisse et l'antre, tandis que le tympan est conservé. L'audition est bonne.

PASSOW. — **Synéchie du voile avec la paroi postérieure du pharynx suite de diphtérie.**

KALAHNE. — **Recherche de la limite supérieure à l'aide du monocorde de Struycken.** — Chez l'homme normal la limite supérieure pour la conduction osseuse se trouve entre 17 et 21000 vibrations. Elle est plus basse pour la conduction aérienne de 16 à 18000. Si la limite supérieure est sensiblement abaissée pour la conduction osseuse, il s'agit d'une grave lésion de l'oreille interne. Dans les troubles de l'appareil transmetteur pur, cet abaissement de la limite supérieure ne se voit pas.

Discussion.

WOLFF a trouvé la limite supérieure à 23000 vibrations, mais elle est variable pour les différentes périodes de la vie. Elle s'abaisse avec l'âge. Comme la limite inférieure peut dans quelques cas être remontée après une douche d'air, Wolff est obligé de croire que les affections de l'appareil transmetteur peuvent également abaisser la limite supérieure.

Séance du 23 juin 1911.

Président : PASSOW.

Secrétaire : BEYER.

KRUMBEIN. — **Coup de feu dans la tête.** — La balle est entrée devant une oreille et sortie devant l'autre. Après guérison on voit à l'examen rhinoscopique une cicatrice traversant le cavum et les orifices tubaires sténosés.

HERZFELD. — **Démonstration de l'appareil d'Aspisson.** — Herzfeld l'a fait copier en métal. Les résultats que donne cet appareil dans la recherche du nystagmus calorique sont analogues à ceux que donne l'eau froide.

BERNHARDT. — **Otite interne syphilitique.** — Amélioration par le 606.

KRUMBEIN. — **Otite interne syphilitique.** — Dans la syphilis héréditaire l'exclusion de l'appareil vestibulaire est très fréquente, tandis que dans la syphilis acquise, il s'agit surtout de lésions du rameau acoustique.

K. a soigné 6 cas avec le Salvarsan avec quatre fois grande amélioration.

Discussion.

HERZFELD. Les affections de l'acoustique ne sont pas rares au cours de la syphilis. Nous commençons à mieux connaître les labyrinthites syphilitiques.

SCHWABACH a trouvé que l'otite interne syphilitique commence, plus souvent qu'on ne le croit, par le rameau vestibulaire.

LÉVY considère comme typiques les manifestations auriculaires survenant 5 à 6 semaines après injection du Salvarsan. Il ne peut dire s'il s'agit d'un effet toxique ou d'une neuro-récidive. Toujours est-il qu'il a observé un cas chez lequel la surdité après Salvarsan est restée stationnaire.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGO-RHINOLOGIE (1).

Séance du 14 juin 1911.

Président : RETHI.

Secrétaire : NEUMANN.

FEIN. — Atrésie nasale unilatérale congénitale.

FEIN. — **Tumeur du pharynx.** — Malgré le Wassermann négatif, surtout à cause de l'insensibilité de l'affection, on pourrait penser à une gomme, mais la tumeur a la dureté d'un os, ce qui rend le diagnostic très douteux. Pour le sclérome, il n'existe pas d'indications.

MARSHIK. — **Carcinome de la langue** développé sur un papillome. Le diagnostic de papillome a été confirmé par l'examen histologique. Comme chaque excision des papillomes provoquait de fortes hémorragies on a proposé au malade le traitement par le radium. A la suite de la cinquième séance de radium, le papillome a subi une

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1911, n° 9.

transformation inattendue. Le soupçon clinique de carcinome a été confirmé par examen histologique. On peut se demander si l'action du radium est étrangère à la transformation cancéreuse.

MARSHIK. — Cancer du larynx pris pour une périchondrite. — Malade trachéotomisé en août 1910 pour périchondrite suppurée. Fin novembre on exécute une laryngofissure qui montre l'existence d'une périchondrite à gauche avec œdème du larynx à droite. Malgré une laryngostomie on ne peut pas enlever la canule à la malade. Depuis le milieu d'avril, la malade se plaint de dysphagie. On constate un œdème du chaton du cricoïde. On suppose une nécrose du cricoïde. En attendant, la stomie s'est presque entièrement fermée et la canule est remontée dans la région de la membrane crico-thyroïdienne. Vers le milieu de juin, la sténose est si forte qu'il faut de nouveau inciser et on constate maintenant un cancer descendant jusque dans la région jugulaire. Il est très rare qu'un cancer du larynx puisse être méconnu pendant si longtemps et malgré tant d'interventions larges.

MENZEL. — Préparation histologique. Il s'agit d'un kyste dentaire.

HIRSCH. — Sur la sinusite frontale d'origine syphilitique. — (Voir les analyses).

KOFER. — Résection sous-muqueuse chez un hémophile. — Le malade était atteint d'imperméabilité nasale prononcée. Dans une première séance, Kofler a fait une turbinotomie qui, malgré un tamponnement, a donné lieu à une hémorragie qui a duré huit jours. Le tampon imbibé de sérum antidiphthérique est resté six jours en place. Au moment de la résection du septum, l'hémorragie a été plus forte que d'habitude. Kofler a laissé le tampon dans la fosse nasale droite pendant trois jours et, dans la fosse nasale gauche, six jours. Il s'est développé dans la poche entre les deux muqueuses un abcès du septum que Kofler a incisé huit jours plus tard. De nouveau, hémorragie. Kofler croit que l'hémophilie n'est pas une contre-indication pour une opération endo-nasale. L'abcès du septum est, dans ces conditions, presque fatal. Il faut aussi s'attendre à un tamponnement antéro-postérieur.

HANSZEL. — Ballon-tampon (rhinorynter) contre l'épistaxis. — Une description suivra. L'avantage de cet instrument est l'introduction facile, l'action sûre.

Discussion.

GLAS trouve que le tamponnement par les éponges n'est pas satisfaisant. Le tamponnement par le rhinorynter lui paraît préférable.

MARSHIK dit qu'à la clinique de Chiari on ne fait pas de tamponnement après résection du cornet moyen.

GLAS admet que la résection du cornet moyen n'exige pas de tamponnement, mais il lui est encore arrivé à peine quelques semaines auparavant d'avoir été appelé la nuit chez une malade chez laquelle un autre spécialiste avait fait la veille de simples scarifications du cornet moyen contre un épiphora, et qui était prise d'une hémorragie abondante.

FEIN ne tamponne pas après opération sur le cornet moyen. L'appareil de Hanszel lui paraît très pratique.

KOFLER recommande très chaudement la gaze au vioforme qui peut rester huit jours sans irriter ni se décomposer.

RÉTHI considère le tamponnement après résection du cornet inférieur comme formellement indiqué. Il tamponne même les malades opérés dans une maison de santé.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1).

Séance du 26 juin 1911.

Président : V. URBANTSCHITSCH.

Secrétaire : BONDY

O. BECK. — **Trois nouveaux cas de surdité unilatérale complète après Salvarsan.** — Le premier cas concerne un jeune homme de 21 ans atteint de chancre, roséole, angine. Examen auriculaire normal. Le 16 février 0,4 Salvarsan intra-veineux. La même dose est répétée le 24 février. Au mois de mars le Wassermann est négatif. Le 2 avril, le malade se plaint de quelques vertiges, mais objectivement rien de particulier. Le 18 juin, le malade est examiné pour des bourdonnements d'oreille qui datent depuis trois semaines. A droite, il existe une surdité complète; à gauche, l'au-

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1911, n° 8.

dition est normale. Les deux appareils vestibulaires réagissent normalement. Sur le corps, récidue de syphilis. On fait une nouvelle injection le 20 juin, de 0,40 Salvarsan, mais l'audition n'est pas améliorée au moment de la présentation (26 juin).

2^{me} cas à peu près analogue. La surdité a apparue six semaines après la deuxième et dernière injection et n'a pas été améliorée par une troisième injection faite 4 semaines avant la présentation.

Enfin le 3^{me} cas concerne une jeune femme de 26 ans qui a été examinée otologiquement avant l'injection de Salvarsan. Six semaines après la deuxième injection on constate chez elle une surdité complète à gauche. La malade refuse tout autre traitement. A ces trois cas, Beck ajoute un quatrième dans lequel, chez un homme de 40 ans, le Salvarsan a provoqué à gauche une surdité presque complète, et à droite une forte diminution de l'audition. Malgré un Wassermann négatif, on fait à ce malade une troisième injection de Salvarsan qui améliore un peu la surdité du côté gauche et reste sans effet sur la lésion de l'oreille droite.

RUTTIN. — Thrombose du golfe. — Garçon de 7 ans atteint d'otite aiguë à gauche depuis trois semaines. Température, au moment de l'examen, 39°,2. Paracentèse; pendant quatre jours la fièvre tombe et le malade reste afebrile les quatre jours suivants. Une semaine après la paracentèse, la température est de nouveau de 38°,5. Ouverture de la mastoïde. Ouverture d'un abcès péri-sinusien et intra-dural. Le sinus est incisé et paraît thrombosé. Comme les quatre jours suivants la fièvre prend un caractère pyémique, Ruttin fait la ligature de la veine jugulaire et nettoie le sinus. Comme une semaine après cette opération, la pyémie continuait toujours, Ruttin a vidé le golfe de la jugulaire et ainsi obtenu la guérison.

RUTTIN. — Labyrinthite séreuse au cours d'une otite aiguë. — Garçon de 9 ans atteint d'otite aiguë à droite depuis 2 jours. De plus, il présente des vomissements, une démarche incertaine, surdité complète, perte de l'excitabilité calorique du vestibule et un violent nystagmus vers le côté sain. Paracentèse. Six jours plus tard les phénomènes vestibulaires ont disparu. La surdité a persisté. La labyrinthite séreuse au cours d'une otite aiguë est rare. Le malade était en même temps atteint de bronchite.

Discussion.

MAYER. La coexistence de la bronchite est intéressante parce que l'infection de l'oreille interne pourrait être due à la bronchite plutôt qu'à l'otite moyenne. Mayer a montré des préparations provenant d'un enfant atteint d'otite interne et moyenne aiguë et chez lequel les vaisseaux de l'oreille présentaient quantité de micro-organismes prenant le Gram.

POLITZER rappelle qu'il y a longtemps qu'il a décrit des cas analogues sous le nom de panotite et énoncé la possibilité de l'infection de l'oreille interne à travers les anastomoses des vaisseaux de l'oreille interne et de l'oreille moyenne.

V. URBANTSCHITSCH. — Perforation d'un abcès du lobe temporal dans le ventricule.

NEUMANN. — **Surdité familiale.** — Sur treize enfants dans la même famille quatre sont atteints de surdi-mutité congénitale, trois atteints d'un degré très prononcé de surdité. Les parents ne sont pas consanguins.

Discussion.

E. URBANTSCHITSCH. Le consanguinité ne joue aucun rôle dans l'hérédité de la surdité. C'est la dégénérescence des parents qui est le facteur important.

LEIDLER et BAUER. — Sur l'influence de l'exclusion des différentes parties du cerveau sur le nystagmus vestibulaire.

BARANY. — **Intoxications expérimentales par l'alcool.** — L'intoxication de l'oreille par l'alcool a été étudiée expérimentalement sur des animaux par Flourens. Barany a rencontré quatre étudiants, qu'il remercie hautement de leur dévouement, qui ont bien voulu se prêter à une intoxication par l'alcool pour permettre à Barany de faire ensuite ses recherches sur le labyrinthe. Barany a examiné le nystagmus dans toutes ses formes (spontané, à la suite du mouvement rapide, gyratoire), les mouvements réactionnels des extrémités (dans toutes les articulations et dans beaucoup de directions) et du tronc. Il n'a pas examiné la réaction calorique pour des raisons faciles à comprendre. L'alcool a été administré sous forme de cognac (1/4 de litre en trois quarts d'heure). Les quatre étudiants ont très bien supporté l'expérience et n'étaient pas malades le

lendemain. Barany croit que ceci est dû au vomissement qui a dû ramener une partie du cognac. Chez les quatre sujets il a pu se convaincre que l'alcool a une action paralysante sur le cervelet. D'autres conclusions comme par exemple la localisation de la sensation de la rotation seront encore publiées plus tard. Il est très probable que cette sensation de rotation est en rapport avec les mouvements réactionnels, c'est-à-dire les deux directions sont contraires.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE
SECTION D'OTOLOGIE (1)

Séance du 20 janvier 1911.

Président : CHEATLE.

MILLIGAN. — *a) Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée.* — Après la radicale, arrêt de la respiration. L'opération a été poursuivie, un unique abcès du cervelet ouvert et le malade a été guéri.

b). — Cas à peu près analogue. — Labyrinthe également indemne. Guérison.

c) Labyrinthite suppurée. Paralysie du facial. — Après radicale, on trouve une fistule dans le promontoire conduisant dans le limaçon. On enlève quantité de masses cholestéatomateuses. Ensuite, on ouvre les canaux semi-circulaires. Guérison complète.

d). — Nécrose du canal semi-circulaire. — Au cours d'une otite moyenne suppurée chronique. Opération et guérison.

CHEATLE ET JENKINS. — *Récidive après radicale, due à un sinus rétro-tympanal non ouvert après la première opération.* Au cours de l'opération, les canaux semi-circulaires ont dû être presque intégralement disséqués. Recherche du nystagmus calorique du canal postérieur à l'aide d'un fil en cuivre refroidi par l'évaporation de chlorure d'éthyle. Résultat incertain.

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *The Journal of Laryngology* 1911, n° 2.

CHICHELE NOURSE. — **Trombose du sinus, consécutive à une otite moyenne aiguë.** — Au cours d'une otite aiguë, deux jours après une paracentèse, le malade, un garçon de 11 ans, a été adénectomisé. La mastoïde a dû être ouverte au cours de la maladie et le sinus largement exposé.

CATHCART. — **Mastôidite aiguë guérie par les méthode de Bier.** — L'application de la bande a immédiatement fait disparaître la douleur intolérable. Guérison complète au bout de trois semaines. Dans la discussion on fait remarquer que partout la méthode de Bier a été délaissée. Dan Mackenzie pourtant maintiendrait l'emploi de la bande de Bier dans les cas où toutes les cavités sont largement ouvertes. Dans un cas analogue, il a vu rapidement, sous l'action de l'hypérémie, les granulations pousser.

DAN MACKENSIE. — **Surdité unilatérale.** — Le cas est présenté surtout pour montrer la facilité avec laquelle ce diagnostic peut se faire grâce à l'appareil tapageur de Barany.

C. E. WEST. — **La bactériologie dans le catarrhe post-nasal chronique.** — La sécrétion du cavum dans 50 cas de catarrhe pharyngé a été examinée bactériologiquement. Généralement c'est une espèce microbienne seule, le plus souvent le pneumocoque, qui se trouve dans la sécrétion; plus rarement, le staphylocoque doré. La combinaison de microbes est rare. Il ne paraît pas que ces recherches morphologiques permettent quelques conclusions, car ayant examiné pour le contrôle 6 sujets non atteints de pharyngite, West a trouvé un seul sujet seulement avec cavum à peu près stérile. En conséquence, le cavum peut être considéré comme toujours porteur de microbes et c'est la résistance individuelle qui permet aux microbes de provoquer l'inflammation.

Discussion.

SCOTT est convaincu que le pneumo-méningocoque se trouve dans le pharynx de tous les enfants qui font de la méningite cérébro-spinale. Après vaccination, méthode de Wright, les microbes disparaissent facilement sauf le pneumocoque. Scott relate l'histoire d'un malade atteint d'obstruction nasale, réfractaire à tous les traitements et guéri par les larges doses de vaccin. Il croit que le problème de la guérison de la coqueluche réside dans l'étude bactériologique du naso-pharynx.

WATSON WILLIAM a eu des résultats décourageants avec la vaccination dans les cas de pneumocoque de Friedländer. Les résultats ont été plus satisfaisants avec les vaccins anti-staphylococciques et anti-streptococciques. Quand le catarrhe du pharynx est dû à une sinusite, mieux vaut drainer ces sinus que de vacciner le sujet.

WEST en terminant dit qu'il faut employer les vaccins à large dose. Il est convaincu que le traitement par la vaccination a un avenir.

Séance du 17 février 1911.

Président : CHEATLE.

EDWARD LAW. — **Épithélioma de la trompe d'Eustache.** — Les premiers symptômes ont été des douleurs dans la région du trijumeau qui ont été combattues d'abord par des injections d'alcool, ensuite par l'excision des différentes branches, enfin par la gasserectomie.

Discussion.

HERBERT TILLEY a vu le cas présenté et trois autres analogues. Ces cas ne doivent pas être rares. L'obstruction de la trompe, avec surdité et violentes douleurs, sont les premiers symptômes. Chose curieuse, tous les cas observés par Tilley concernaient des hommes.

WILFRED TROTTER a opéré 8 cas; a également constaté que la douleur dans la région du trijumeau, et surtout dans la troisième branche, constituait le premier symptôme. Plus tard, la douleur gagne la deuxième branche, tandis que la première n'est presque jamais atteinte. A ce moment on peut constater, à côté de la douleur, des paresthésies. Le second symptôme, la surdité, due à l'obstruction de la trompe, peut mettre sur la voie du diagnostic en attirant l'attention sur le naso-pharynx. Le troisième symptôme est fourni par une anomalie de la mobilité du voile, c'est-à-dire le voile ne peut être baissé. En conséquence, le voile du palais paraît asymétrique. Après un certain temps le voile devient œdématisé. L'obstruction nasale ne se voit pas toujours et, dans la moitié des cas, le côté du nez correspondant à la tumeur a été trouvé libre. Il ne faut pas croire que la tumeur détruit toujours

la lumière de la trompe d'Eustache. Parfois le cathétérisme de la trompe peut facilement se faire. Le diagnostic se fera le plus aisément par le toucher du cavum, mais il ne faut pas s'attendre à trouver facilement la néoplasie. Le traitement opératoire est le seul raisonnable malgré que la récurrence ne tarde pas à se produire. Peut-être les cas ont-ils été opérés trop tard. Les malades ont toujours consulté après avoir souffert pendant des mois de leurs névralgies.

DAVIS. — **Ostéo-myélite crânienne.** — Fillette de 5 ans opérée de mastoïdite consécutive à la fièvre scarlatine. Quand Davis a vu la malade, quelques mois après cette opération, il a trouvé que l'antre n'était pas ouvert. Il a dû ouvrir un vaste abcès extra-dural. Le temporal, le pariétal, l'occipital étaient nécrosés. L'enfant s'est rétablie lentement.

DAVIS. — **Abcès extra-dural** ayant fait irruption dans la nuque, à travers le trou jugulaire.

DAVIS. — **Vertige et chute.** — Jeune fille de 21 ans reçue à l'hôpital, avec nystagmus, vertige et bourdonnements d'oreilles, otorrhée chronique à gauche. On se contente d'une simple ouverture de la mastoïde. Les phénomènes subjectifs (vertige, chute vers le côté malade, bourdonnements d'oreille, céphalée) persistaient pendant deux mois. Pendant ce temps-là on a pu constater une hémianesthésie à gauche intéressant même l'acoustique. La surdité était complète et la réaction de Barany manquait complètement. La question se pose de savoir si l'hystérie est compatible avec l'abolition complète des fonctions du labyrinthe.

Discussion.

D. MACKENZIE rappelle avoir présenté 2 cas d'hystérie de l'oreille chez lesquels les réactions vestibulaires existaient.

DAVIS, en résumant l'opinion de plusieurs membres, dit que lui-même a considéré longtemps le cas comme étant dû à une labyrinthite suppurée. Dans cette hypothèse la guérison de l'otorrhée à la suite d'une simple ouverture de la mastoïde ne se laisse pas facilement expliquer. Du reste le vertige a complètement disparu, ce qui se voit rarement dans les complications organiques.

SYDNEY SCOTT. — Fistule de l'ampoule du canal semi-circulaire gauche. Radicale bilatérale. Exploration du labyrinthe gauche. — Dans la discussion, on a félicité Sydney Scott du soin qu'il a apporté dans la recherche des épreuves fonctionnelles de l'oreille. Dans le compte rendu, cet examen est incomplètement reproduit. Il s'agit en somme d'un examen d'otite moyenne chronique. Le symptôme de la fistule n'a pas été recherché.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (1).

Réunion annuelle tenue à Birmingham. Juillet 1911.

Président : MARSH.

DUNDAS GRANT, rapporteur. — Traitement de la tuberculose du larynx. — Le sujet étant confié à trois rapporteurs, Dundas Grant n'envisagera que quelques points de l'étiologie. Avant tout, il est obligé de constater que ceux qui ne l'ont pas vue de leurs yeux pourront à peine croire à l'extraordinaire amélioration qu'on peut obtenir par la cure du silence absolu poursuivie pendant trois ou quatre semaines. Dans le même ordre d'idées, le malade devrait ne pas tousser du tout. L'éducation du malade dans ce sens doit être faite par le médecin. Comme médicament l'héroïne est l'agent par excellence pour les quintes de toux inutiles, celles qui ne sont pas destinées à ramener des crachats. Il faut que le malade apprenne à tousser sans bruit, sans fatiguer le larynx, en fermant le moins possible la glotte. Les inhalations antiseptiques permanentes doivent leur action bienfaisante surtout à leur pouvoir de diminuer la toux. En même temps elles empêchent le malade de parler. Une bonne respiration nasale est élémentaire pour la guérison de la laryngite tuberculeuse. Dundas Grant a vu avec grande surprise, au début de sa carrière, l'amélioration de la laryngite tuberculeuse se marquer chez certains malades depuis qu'ils avaient commencé les lavages du nez. Il est important de faire connaître ce point aux médecins qui l'ignorerait. Pour les lavages une solution alcaline isotonique et légèrement antiseptique suffit. Dundas Grant recommande un mélange de borate de soude,

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Journal of Laryngology*, 1911, n° 11.

chlorure de sodium, salicylate de soude dans de la glycérine. Quand le malade est suffisamment résistant, Dundas Grant n'hésite pas à rétablir la perméabilité nasale, même par une résection sous-muqueuse du septum.

A propos de la galvanocaustie, Dundas Grant a l'habitude de faire plusieurs pointes de feu dans la même séance. Les séances sont répétées de quinzaine en quinzaine. Pour obtenir l'anesthésie du larynx, Dundas Grant laisse couler, avec une seringue intralaryngée, 5 gouttes d'une solution de cocaïne à 20 p. 100, additionnée d'un peu d'adrénaline dans le larynx, sur la surface laryngée de l'épiglotte d'où la solution s'écoule sur le larynx. Auparavant, et si nécessaire, il fait une insufflation d'anesthésine dans le larynx. Cette façon d'anesthésier le larynx peut être employée aussi pour les autres opérations endo-laryngées.

Quant à la dysphagie des tuberculeux, il a essayé dernièrement, sur le conseil de Okuneff, l'acide trichloracétique avec des résultats jusqu'à présent favorables. Un autre moyen très chaudement recommandé par Dundas Grant, est l'insufflation d'anesthésine et orthoforme en parties égales ou mélangés à la résorcine ou à l'eurotropine à l'aide du tube de Leduc. L'avantage pour le malade est grand puisqu'il peut faire seul cette aspiration.

L'alcoolisation des nerfs laryngés supérieurs a été essayée par Dundas Grant; dans 6 cas, contre la dysphagie. Les résultats immédiats ont été favorables dans les 6 cas. Enfin, il faut savoir que souvent l'affreuse situation de ces malades peut être améliorée par la position de Wolfendel. Le malade se couche sur le ventre avec la tête pendante. Dans cette situation, il peut boire. Malheureusement les malades sont trop affaiblis pour pouvoir toujours prendre cette position. Dundas Grant recommande de faire prendre au malade la position opposée, c'est-à-dire de le coucher à plat sur le lit avec tête pendante en arrière et de le faire boire au biberon.

WATSON WILLIAMS, rapporteur, recommande particulièrement le traitement dans un sanatorium dans lequel des lésions guérissent, même sans aucun autre traitement adjuvant. Quant à l'action spéciale d'un climat ou d'une altitude, il n'y croit pas particulièrement. En tous cas, il paraît avantageux d'éviter les hauteurs au-dessus de 1000 mètres, de choisir des climats humides avec absence de vent et de poussière.

La tuberculine a souvent une action remarquable sur l'évolution de la laryngite tuberculeuse. L'action sédative manifeste des injections de tuberculine peut être constatée très souvent. Il faut commencer avec de petites doses (W. se sert de la tuberculine,

P. E. O.) pour éviter toute réaction locale et générale. La réaction locale peut aller même jusqu'à la nécrose du tissu simplement enflammé.

Quant au traitement local, il faut y avoir recours si les lésions progressent malgré un traitement général. Comme traitement local le plus simple est le cautérisation des ulcérations avec l'acide lactique. Où il n'existe pas d'ulcération, le rapporteur conseille de faire des injections sous-muqueuses, il s'empresse d'ajouter que les cas sont peu fréquents dans lesquels les injections sous-muqueuses donnent un résultat évident (solution de gaïacol à 50 p. 100). A propos de la galvanocaustie, W. W. dit que c'est une méthode qui a sa valeur dans les lésions circonscrites du larynx et surtout dans les cas où, à cause de la situation des lésions, les injections sous-muqueuses ne peuvent pas être faites. Comme conclusion, le rapporteur conseille d'éviter tout traitement local s'il n'existe pas une raison définie et ferme pour l'intervention.

SECCOMBE HETT. Rapporteur. Le rapport s'appuie sur 350 cas de laryngite tuberculeuse étudiés non seulement au point de vue du larynx, mais aussi au point de vue de l'état général et de l'évolution ultérieure de la maladie. La partie la plus intéressante de ce rapport est en effet la reproduction de 16 observations dans lesquelles Seccombe Hett donne d'abord une description aussi nette que possible, appuyée par quelques dessins schématiques, de l'état du larynx et ensuite de l'intervention effectuée. La cure du silence est particulièrement recommandable si l'affection est limitée aux cordes vocales et si l'affection pulmonaire concomitante veut s'arrêter en même temps. Il est indiqué de toucher au galvano-cautère les ulcérations si elles sont limitées. Un cas rapporté est très caractéristique. Il s'agit d'une femme de 25 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire. La corde vocale droite était rouge, gonflée, épaisse et portait une ulcération. La malade soignée dans un sanatorium par la tuberculine et le repos absolu de la voix, allait mieux. En l'espace de trois semaines, l'infiltration de la corde avait beaucoup diminué, mais l'ulcération ne montrait aucune tendance à la guérison. 3 applications du galvano, faites de quinzaine en quinzaine, ont amené la guérison qui est restée définitive. S. H. est également d'avis de supprimer la toux inutile par les inhalations de créosote, acide phénique et teinture d'iode. Contre l'infiltration des aryténoïdes, S. H. recommande la galvano-cautérisation profonde en plusieurs séances de quinzaine en quinzaine. Si le galvano n'arrête pas l'évolution, S. H. propose d'enlever les parties malades à la pince. Pour les infiltrations de la bandelette ventriculaire, il propose le galvano-cautère. Beaucoup de séances sont nécessaires

pour le traitement de la tuberculose de l'épiglotte, Seccombe Hett se sert de la pince modifiée de Lake (qui nous paraît très pratique). Il a opéré 24 fois les épiglottes qui toutes ont très bien guéri. Une fois seulement le malade est mort d'hémoptysie. L'épiglottotomie s'est montrée décidément favorable dans de nombreux cas. Il est d'avis d'enlever l'épiglotte aussi complètement que possible. La perte de l'épiglotte n'a jamais été suivie d'un trouble ni pour l'articulation du langage ni pour la déglutition.

Seccombe Hett également a été frappé de la fréquence d'une lésion nasale (déviation du septum, rhinite atrophique, sinusite) dans les cas de laryngite tuberculeuse, surtout quand celle-ci est localisée dans la région inter-aryténoïdienne. Il croit que la tuberculose s'est ultérieurement développée dans une lésion secondaire à l'affection nasale. Il conseille également d'intervenir si nécessaire pour les affections nasales.

Discussion.

JOBSON HORNE (Londres). Malgré les nombreuses discussions sur cette question on peut dire que le dernier mot n'a pas été dit sur le traitement de la laryngite tuberculeuse. On dit généralement qu'il faut douze ans pour qu'un fait scientifique soit universellement reconnu. Il rappelle qu'en 1898, prétendant que le larynx était une partie des poumons, il s'est opposé à toute mesure chirurgicale partielle sur le larynx. Tuberculose du larynx et tuberculose pulmonaire marchent, dans les cas chroniques, du même pas, avec cette réserve que c'est le poumon le premier affecté, qui infecte le larynx.

MORITZ (Manchester). Conseille de ménager autant que possible la muqueuse intacte du larynx qui peut couvrir des infiltrations tuberculeuses qui constituent des *noli me tangere* et qui guérissent très bien par la cure du silence. Comme médicaments pour calmer la dysphagie, Moritz emploie depuis plus de 20 ans un spray de 20 p. 100 d'antipirine et 10 p. 100 de lactale d'eucaïne.

ANDREN WYLIE (Londres). Trouve que les climats ne sont pas indifférents pour les tuberculeux. Les climats humides conviennent le mieux surtout à la laryngite tuberculeuse et des malades envoyés dans des pays marécageux de l'Angleterre se trouvent mieux que ceux envoyés en Suisse ou en Afrique. Il croit que la chose la plus difficile à faire dans le traitement de la laryngite tuberculeuse est d'observer l'inactivité magistrale. Si nous avions le courage de notre opinion nous exécuterions la trachéotomie dans tous les cas de

laryngite tuberculeuse. Une irrigation journalière du larynx avec une solution huileuse de mentho-phénol d'après le procédé de Mendel est une excellente mesure. En résumé, repos du larynx, climat marécageux et inactivité magistrale (masterly inactivity) sont le trépied du traitement.

PEGLER (Londres). Après avoir conseillé la trachéotomie pendant de nombreuses années, soit pour dyspnée, soit pour dysphagie, Pegler s'est rendu compte que cette opération diminuait la durée de la vie des malades et il l'a abandonnée.

DUNDAS GRANT en concluant admet avec Hett l'excellence des résultats dans les cas choisis d'opérations sur l'épiglotte.

WATSON WILLIAMS avoue s'être servi dans une réunion antérieure de l'expression d'inactivité magistrale. Si cette politique est indiquée quelquefois, il ne faut tout de même pas aller jusqu'à un laisser faire complet dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. De même il ne voit pas pourquoi on ne laisserait pas profiter un tuberculeux des bienfaits d'une opération sur le nez.

HETT. Aucun laryngologiste expérimenté ne niera la possibilité de la guérison spontanée d'une lésion nettement tuberculeuse. Par contre, S. H. a été particulièrement impressionné par le résultat extraordinairement favorable qu'il a obtenu par des mesures énergiques dans des cas même très avancés de laryngite tuberculeuse. Mais il ajoute que les opérations doivent être faites dans les conditions favorables qu'offre un sanatorium.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE GLASGOW

Séance du 16 novembre 1940 (1).

GALBRAITH CONNAL présente :

1° **Un gros polype nasopharyngien** enlevé du nasopharynx d'un clergyman qui depuis deux ans se plaignait d'une obstruction nasale.

Le polype occupait tout le nasopharynx et on le voyait descendre sous le voile du palais.

2° **Un gros polype** enlevé du nasopharynx d'une jeune fille de 18 ans qui se plaignait depuis six mois d'une obstruction complète de la respiration nasale et de surdité de l'oreille gauche. Le polype

(1) Compte rendu par Trivas, d'après *Glasgow Méd. Journal*, avril 1941.

était visible, à l'inspection de la gorge, sous le voile du palais; il était plus rapproché du côté droit et paraissait attaché à la paroi antérieure droite du nasopharynx.

3° **Gros polype** extirpé du nasopharynx d'un homme de 27 ans qui depuis plusieurs années souffrait d'une obstruction nasale.

A. **Mucocèle de l'ethmoïde**. — La partie antérieure du cornet moyen droit était comme un doigt de gant. La malade, âgée de 28 ans, se plaignait d'une obstruction nasale datant de plusieurs années, de coryzas répétés et de céphalées droites.

C. **Papillome de la luette** (deux spécimens). — Dans chacun de ces cas le papillome était attaché à la pointe de la luette. Ils ont été découverts au cours d'un examen de la gorge, les malades s'étant présentés à la consultation pour une autre affection. Un de ces malades se plaignait de tousser, l'autre n'éprouvait aucun symptôme pharyngé. Les papillomes existaient dans l'un des cas depuis 30 ans, dans l'autre depuis 15 et montraient la grande tolérance du pharynx pour ces tumeurs.

SOCIÉTÉ ÉCOSSAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 20 mai 1911 (1).

THOMAS BARR présente un malade auquel il avait donné des soins, il y a vingt-quatre ans, pour un abcès temporo-sphénoïdal d'origine otique. Le patient a été opéré par Sir William Macewen. Ce cas a été relaté *in extenso* dans *The Lancet* du 20 mars 1887. Il a un intérêt historique comme étant un des premiers de ce genre ayant subi une opération; les cas de Barker et Caird n'ont précédé celui-ci que de deux ou trois mois.

WALKER DOWNIE montre un homme à qui il enleva un **gros papillome sous-glottique par une thyrotomie**. Ce procédé a été choisi de préférence à la méthode directe à cause du mauvais aspect de la tumeur et de la perte des mouvements des cordes. Le larynx a été immédiatement fermé. A présent la corde a repris ses mouvements, mais elle est encore congestionnée. Le diagnostic microscopique portait : papillome simple; malgré cela, M. Logan Turner conseille de surveiller le cas au point de vue de la malignité.

(1) Compte par rendu Trivas d'après *The Glasgow Med. Journal*, juillet 1911.

DOWNIE relate ensuite un cas de **paralyse abductrice bilatérale des cordes** ayant nécessité une trachéotomie pour empêcher la suffocation. L'examen le plus attentif n'a pas réussi à faire découvrir la cause de cette paralysie.

Faisant allusion à la loi Semon, FRASER demande si quelqu'un des membres a jamais vu un cas, où une paralysie abductrice eût abouti à une paralysie complète laissant la corde en position cadavérique.

DOWNIE dit avoir observé un pareil cas. Il s'agissait d'un chanteur qui depuis fort longtemps se faisait soigner par FINLAISAN. Au début on constata chez le malade une paralysie abductrice unilatérale; il pouvait très bien chanter et il fit en effet sa carrière dans cette voie. Plus tard cependant il perdit la voix et à l'examen la corde a été trouvée en position cadavérique.

DOWNIE présente ensuite les cas suivants :

1° Un malade neuf ans après une **injection de paraffine molle** pour remédier à une déformation d'un nez. La paraffine reste inerte, ne tend pas à émigrer, ni à se résorber, et le résultat esthétique est permanent.

2° Un malade à qui il enleva un **gros fibrome nasopharyngien** à l'aide de l'écraseur par la voie nasale.

3° Une femme avec un **palais congénitalement court**; la parole est défectueuse, mais la déglutition est inaltérée.

4° Un malade ayant subi plusieurs opérations, la dernière il y a quinze mois, par des méthodes intranasales, pour un **sarcome de l'ethmoïde**.

STODDART BARR rapporte un cas fatal d'**abcès cérébelleux** et montre aussi un malade opéré avec succès de la même affection; les deux cas étaient le résultat d'une otite purulente chronique. Dans le cas mortel l'abcès était associé à une panlabyrinthite et à une thrombose septique du sinus latéral; il y avait, en effet, une ouverture dans la paroi sinusienne qui conduisait dans la cavité abcédée. L'opération a porté à la fois sur le labyrinthe, le cervelet, le sinus et la veine jugulaire, mais une leptoméningite s'est déclarée à laquelle le malade succomba. Dans le second cas, le labyrinthe était intact. Il y avait cependant une collection sous-durale de pus qui a été tout d'abord évacuée. Ultérieurement on découvrit l'abcès cérébelleux qui a été drainé. Le produit de l'abcès donna une culture de staphylocoques dont on prépara une vaccine qui a été employée à doses croissantes tous les huit jours. Guérison sans incidents.

STODDART BARR présente également un malade opéré par lui, il y

deux ans, par voie intranasale, pour un carcinome ayant envahi la région ethmoïdale.

JAMES ADAM présente : 1° un homme et une femme chez lesquels **une rhinite atrophique a débuté à l'âge adulte**. La dernière de ces malades était traitée par l'auteur depuis quelques années pour une autre affection ; il est donc à même de confirmer l'évolution de l'affection nasale.

2° Un malade atteint d'**œdème chronique de la face compliqué d'une antrite maxillaire** et d'une carie dentaire très étendue. La vaccinothérapie a amené une amélioration notable.

3° Une jeune fille ayant subi une cure radicale pour otorrhée chronique, l'intervention a été suivie d'une grande amélioration de l'ouïe.

BROWN KELLY présente une femme de 21 ans atteinte de **syringobulbie avec participation du larynx et du nez**. Quand l'auteur l'eut vue pour la première fois, la malade se plaignit d'un enrouement intermittent depuis plusieurs années et devenu permanent depuis quatorze mois, et de la perte de forces dans le bras droit. État actuel : anesthésie de la muqueuse de la fosse nasale droite, sauf au-dessus de l'extrémité supérieure du cornet moyen, de la moitié droite du voile du palais et de la voûte palatine, de la moitié droite de la paroi pharyngée postérieure et de la moitié droite du larynx. La moitié gauche de ces organes n'était que légèrement atteinte. Les deux commissures étaient insensibles. Il y avait perte d'abduction des cordes, et l'adduction était incomplète. A la phonation, le voile était attiré à gauche ; la cavité droite de la langue était atrophiée ; masséter droit paralysé. Autres signes : nystagmus dans les mouvements latéraux et en haut des yeux ; réflexe rotulien normal ; sensibilité tactile abolie sur le côté droit du cou, le maxillaire inférieur et l'épaule. La sensibilité à la douleur était diminuée sur les deux côtés de la face, le cuir chevelu surtout à droite, sur les bras, les jambes et le tronc au-dessus du mamelon. L'appréciation des sensations de chaud et de froid est douteuse à la partie supérieure du tronc et pervertie aux bras, au cou et à la face.

M. Kelly montre un enfant de 13 ans atteint de **myasthénie avec altération de la parole**. Celle-ci ressemble à la parole d'une personne partiellement intoxiquée et le défaut paraît être dans les muscles de l'articulation. Pas de rhinolalie ouverte, ni de régurgitation par le nez pendant la déglutition. A l'excitation électrique les muscles autour de la bouche donnent une réaction myasthénique.

En ce qui concerne ce dernier cas, le D^r Turner attire l'attention

sur l'âge du malade, en faisant remarquer que c'est probablement un des plus jeunes cas de cette nature qui aient été rapportés.

KERR Low présente une jeune fille de 8 ans opérée par lui pour **une thrombose du sinus latéral** consécutive à une otite muqueuse chronique. Le sinus était occupé par un caillot septique qui s'étendait du bulbe jugulaire presque jusqu'au pressoir d'Hérophile. La jugulaire interne a été liée, et le sinus évacué. La guérison fut lente.

GALBRAITH CONNAL présente un cas similaire. Chez ce malade, cependant, la complication sinusienne était secondaire à une otite moyenne suppurée aiguë double, de sorte qu'il était quelque peu difficile de décider de prime abord lequel des sinus était intéressé. Des signes plus définis permirent plus tard d'impliquer le sinus gauche qui a été trouvé thrombosé dans la région du bulbe. Deux jours après l'évacuation du thrombus, on ligatura la jugulaire. Trois semaines après l'auteur se vit dans la nécessité d'ouvrir les cellules mastoïdiennes du côté droit. Le malade guérit avec une ouïe normale des deux côtés.

G. CONNAL montre ensuite un malade auquel il enleva **une grosse exostose du conduit auditif externe droit** qui en obstruait complètement la lumière. On constata alors que le malade était atteint d'une otite suppurée chronique dont il ignorait l'existence; le tympan était détruit et la cavité remplie de matières caséeuses fétides. Plus tard le malade subit une cure radicale. En ce qui concerne la cause de ces tumeurs, l'auteur fait remarquer que le malade vivant au bord de la mer faisait un usage immodéré de bains dont il prenait jusqu'à six par jour pendant les mois d'été.

M. Fullerton présente une jeune fille ayant subi l'opération de Killian pour une sinusite frontale. La cloison intersinusienne paraissait détruite, mais on n'a pu trouver aucun orifice menant du sinus dans le nez.

Il est probable que le véritable état de choses était que le sinus droit avait empiété sur une étendue considérable sur le sinus gauche qui était si petit qu'il était presque inexistant.

SYME présente une malade atteinte d'anesthésie du voile, du pharynx et du larynx et de parésie du voile du palais. Il y a 4 mois cette anesthésie était très marquée, mais elle s'est atténuée, sauf le larynx qui demeure complètement insensible.

De temps à autre la malade regurgite des liquides par le nez et quelquefois des particules d'aliments passent dans les voies respiratoires. Elle a des vertiges avec tendance à tomber à gauche; la vue est altérée. Il y a de la névrite optique. Pas d'antécédents

syphilitiques. Réflexes rotuliens exagérés. Nystagmus à droite augmenté à la déviation de ce côté, mais absent à la déviation à gauche. Oreilles et ouïe normales. Les réactions caloriques sont intéressantes. L'eau froide dans l'oreille gauche produit aussitôt un nystagmus très marqué vers la droite avec violent vertige et tendance à tomber du côté droit. Avec l'oreille droite la réaction est bien moins marquée et ne provoque pas de vertige. La malade a été examinée par le Dr Stœkman qui porta provisoirement le diagnostic de tumeur cérébelleuse.

SOCIÉTÉ DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DE
SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 19 février 1910 (1).

LEVINE. — **Un cas de tuberculose primitive du nez.** — La malade âgée de 20 ans et dont la santé générale paraît excellente se plaint d'une obstruction nasale datant de 7 ans et accompagnée de fréquentes épistaxis et d'une certaine sensibilité des deux côtés du nez. Un examen attentif des organes internes n'a révélé rien d'anormal. La rhinoscopie antérieure fit constater des deux côtés de la cloison cartilagineuse et dans le voisinage immédiat du bord cutané des infiltrations arrondies, d'aspect mamelonné, de coloration rouge grisâtre, et des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Ces masses infiltrées étaient peu ulcérées; un stylet pénétrait à travers la cloison dans la fosse nasale opposée. L'auteur présente la préparation microscopique d'un fragment enlevé à la pince. Au microscope on voit du tissu granuleux au milieu duquel sont disséminés des flots d'infiltrations cellulaires. Pas de cellules géantes typiques de Langhans. L'examen pour le bacille tuberculeux n'a pas été fait. D'après sa marche clinique, le cas était un exemple typique de tuberculome.

WIGADSKI conseille, pour se rendre compte s'il s'agit vraiment d'une tuberculose nasale, de pratiquer la réaction de Calmette.

GOLDSTEIN dit que le tableau clinique ne laisse aucun doute sur

(1) Comte rendu de Trivas. D'après *Eyemiespatennik ouch. balezney*, Nos 11 et 12, 1910; 1, 2, 3 et 4, 1911.

l'exactitude du diagnostic, mais la préparation microscopique seule n'autorise pas à porter le diagnostic de tuberculose.

HYCH dit que, sans vouloir nier l'existence d'un tuberculome chez la malade, il ne faut pas oublier qu'il est des cas où le diagnostic différentiel clinique est très difficile. Il se souvient d'un malade qui se présenta à la consultation de l'hôpital pour des douleurs à la déglutition. L'examen révéla des ulcérations superficielles dans la moitié droite de la voûte palatine. Le processus existait depuis un an et demi sans tendance à s'étendre en profondeur. En raison de ce phénomène et en l'absence de toute indication à la syphilis, on avait d'abord porté le diagnostic de tuberculose. Des syphili-graphes qui avaient vu le malade n'avaient également la possibilité d'une affection spécifique; malgré cela, le succès du traitement antisypilitique a montré qu'il ne s'agissait pas dans ce cas de tuberculose.

Séance du 12 mars 1910.

OKONNER présente deux malades.

CAS 1. — Une fillette âgée de 14 ans présentant tous les signes propres à la présence d'adénoïdes; à l'examen on trouva une disposition anormale du tissu adénoïde, et notamment : sur la paroi postérieure de l'épipharynx, contre le voile du palais, il existait une hypertrophie considérable, sous forme d'une formation arrondie, isolée, et par place mamelonnée. L'examen microscopique d'un fragment a révélé les caractères typiques du tissu adénoïde. Au cours de sa pratique, M. Okonner n'a vu que deux fois cette anomalie, et a jugé intéressant de rapporter ce cas, d'autant plus que nulle part dans la littérature médicale il n'est fait mention de cette anomalie, pas même dans la monographie de Grademjo sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. Il est à remarquer que sur la voûte du cavum la malade a une amygdale pharyngée normale et nullement hypertrophiée.

CAS 2. — Garçon âgé de 15 ans, est atteint depuis deux ans d'un stridor inspiratoire. Le côté gauche du cou est considérablement tuméfié par suite d'une hypertrophie de tous les ganglions cervicaux superficiels et profonds situés sous le sterno-cléido-mastoidien et dans la fossette sus-claviculaire; les ganglions sont durs, indolores et mobiles. A la face antérieure de la trachée, un peu à droite et au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, se trouve une grosse tumeur qui n'est probablement qu'une glande altérée. A

l'inspiration, stridor manifeste. Amygdales palatines légèrement hypertrophiées, naso-pharynx et fosses nasales normaux. L'examen laryngoscopique fait constater une parésie bien marquée du récurrent gauche. Dans la trachée on observait un tableau qui différait selon la plus ou moins longue durée de la phonation, ainsi les phénomènes parétiques étaient plus prononcés après un certain silence et plus faibles après une phonation prolongée. De plus à l'examen la paroi antérieure se rapprochait de la paroi postérieure en formant une fente transversale ; d'autres fois la paroi droite se projetait dans la lumière du conduit respiratoire et formait une fente longitudinale. L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas d'une sténose de la trachée consécutive à la perte de l'élasticité de sa paroi antérieure et aussi d'une sténose de la bronche gauche de même origine. Quant à la cause qui a provoqué tous ces phénomènes : parésie du récurrent, sténose trachéo-bronchique, il est probable qu'il faut incriminer une adénopathie trachéo-bronchique s'étant développée sur un terrain rachitique ou scrofuleux. NIKITINE croit que le malade est atteint de leucémie et que les tumeurs sur la paroi antérieure de la trachée sont des lymphomes leucémiques. Si l'examen du sang confirmait ce diagnostic, il conseillerait le traitement par les couvants de d'Arsonval.

HELLAT dit que si la paroi antérieure, comme le prétend l'auteur, se projette dans la lumière de la trachée, il faudrait alors admettre un ramollissement des anneaux cartilagineux, mais, en réalité, rien n'autorise à l'affirmer.

ELYASSON a vu l'année dernière un cas analogue avec des adénoïdes sur la paroi postérieure du pharynx et l'a opéré avec succès à l'aide du couteau de Beckmann. Helein qui a également observé un cas semblable chez une jeune fille de 12 à 13 ans n'a pas réussi à enlever les adénoïdes avec le couteau de Kirstein.

LEVINE présente un malade atteint d'un **kyste par rétention de la région rétro-auriculaire**. Il s'agit d'un homme de 35 ans venu la veille consulter l'auteur pour une douleur dans l'oreille gauche datant de 2 jours et une obstruction du conduit du même côté remontant à plusieurs années. Il y a 8 ans, le malade subit une opération pour une tumeur derrière l'oreille qui, ayant bientôt récidivé, persiste depuis. A l'examen on trouve le conduit auditif complètement sténosé ; la paroi cartilagineuse postérieure était projetée en dedans et arrivait au contact de l'antérieure. Un petit segment du tympan était visible et rouge. Derrière le pavillon, sur sa ligne d'insertion et à peu près au milieu de sa longueur existait une tumeur de la grosseur d'une noix, recouverte de peau saine, mani-

festement fluctuante et indolore à la pression. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz a amené une petite quantité de liquide jaune paille mélangé d'une matière caséeuse. Il s'agit probablement ici d'un kyste par rétention, tumeur assez rare dans cette région. L'état du conduit auditif indique que la tumeur, par suite de sa longue pression sur la paroi postérieure, l'a complètement détruite et que c'est son revêtement cutané qui faisait saillie dans la lumière du canal. Il est intéressant de noter que l'examen fonctionnel de l'ouïe a montré que l'appareil nerveux du même côté était infecté.

Séance du 9 avril 1910.

LEVINE présente un malade, lutteur de profession, atteint d'un othématome du pavillon droit. La tumeur existait depuis 5 semaines; elle disparut spontanément quelques jours après sa première apparition et reparut de nouveau après une nouvelle lutte quelques jours plus tard. Une ponction donna issue à du liquide séroanguinolent.

DE FORESTIER dit que ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Les vieux lutteurs professionnels ont presque tous les pavillons ridés, conséquence d'anciens othématomes. Le pronostic quant à la *restitution* est toujours mauvais et, quel que soit le traitement, le pavillon restera déformé.

OKONNER a vu deux cas d'othématome; malgré un traitement attentif, on eut à déplorer une déformation du pavillon.

LEVINE présente une malade atteinte de **tuberculose et de papillome du larynx**. Raucité de la voix depuis un an. Tousse depuis bientôt deux ans. L'examen bactériologique des expectorations, fait il y a un mois, a donné un résultat positif. La malade a eu de légères hémoptysies. Pas de gêne à la déglutition. L'examen laryngoscopique révéla une tumeur de forme conique, d'aspect mamelonné, siégeant par sa base dans l'espace interaryténoïdien et dont le sommet se dirigeait vers la commissure, masquant ainsi les 2/3 postérieurs des cordes vocales. Au premier examen on la considéra comme une infiltration tuberculeuse, mais dans l'espace des quinze jours qui suivirent elle doubla de volume et rappelait par son aspect extérieur un papillome, ce qu'a confirmé l'examen microscopique.

NIKITINE croit qu'il s'agit dans ce cas d'une laryngite tuberculeuse papillomateuse. Le fait même que la tumeur émane de la paroi postérieure du larynx indique qu'elle est de nature maligne, car de la paroi postérieure proviennent des néoplasies tuberculeuses ou

malignes. M. Erbstein dit que si le microscope n'a pas décelé les caractères typiques de la tuberculose, c'est parce que l'auteur a enlevé le fragment trop superficiellement.

VILTCHOUR ne conseille pas de toucher à la tumeur. Dans un cas analogue, il avait pris la tumeur pour un papillome, la marche ultérieure du cas a montré qu'il s'agissait de tuberculose.

OKONNER a observé un cas où sous un papillome se trouvait une ulcération tuberculeuse. Ici il a constaté des papilles granuleuses sur les bords de la tumeur, ce qui fait soupçonner une ulcération tuberculeuse sous-jacente.

DE FORESTIER n'ajoute pas une très grande importance aux dimensions de l'infiltration sur la paroi postérieure. D'après lui, ces tumeurs sont accessibles à un traitement chirurgical avec un certain succès thérapeutique.

NIKITINE dit que dans la laryngite papillomateuse il est contre-indiqué d'enlever les tumeurs par la voie chirurgicale, parce que leur ablation donne lieu au développement d'une tuberculose miliaire, fait signalé pour la première fois par Dehio. C'est pourquoi il conseille de s'abstenir de toute intervention et de recourir à une trachéotomie, si les tumeurs venaient à remplir tout le larynx.

LEVINE répond qu'en l'absence de tout signe de tuberculose dans la préparation, il se propose d'extirper la tumeur, car, vu son accroissement rapide, elle menace d'obstruer bientôt complètement la fente glottique.

HELEINE : Cas de cancer du larynx.

1^o Le malade, âgé de 51 ans, vint se plaindre d'une gêne à la déglutition d'aliments solides datant de 45 jours. En juin 1909, il subit une opération pour une tumeur située dans la région latérale gauche du cou, près de l'angle du maxillaire inférieur; elle était profondément située, presque immobile, dure et avait le volume d'un œuf de poule. A l'opération on trouve que la tumeur adhère solidement par son bord postérieur au muscle sterno-mastoïdien et par l'antérieur à la glande sous-maxillaire qui a dû être enlevée, et par sa face interne aux gros vaisseaux du cou, ce qui nécessita la résection d'une portion de la jugulaire interne. L'examen microscopique de la tumeur a décelé un carcinome à cellules cylindrique d'une glande lymphatique.

Quand le malade vint voir l'auteur pour la première fois, il présentait une longue cicatrice le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien gauche; à la palpation profonde correspondant au sinus pyriforme gauche on trouvait une tumeur de consistance

dure. A l'examen laryngoscopique on trouva que le cartilage ary-ténoïdien et le ligament ary-épiglottique gauche étaient envahis par une tumeur légèrement mamelonnée, de coloration rosée, qui s'étendait jusque dans le sinus pyriforme. Moitié gauche du larynx immobile; cordes vocales apparemment normales. On ne saurait certainement mettre en doute la nature maligne de la tumeur. Il serait intéressant dans ce cas d'établir la relation entre la tumeur cervicale enlevée 10 mois auparavant, et la néoplasie laryngée actuelle. Comme le cancer ne se développe pas primitivement dans les ganglions lymphatiques, on peut alors admettre un lien causal entre la tumeur laryngée primitive et la néoplasie secondaire du cou. Le cancer du larynx existait déjà certainement au moment de l'enucléation du ganglion lymphatique, mais ne provoquait aucun trouble qui ait pu attirer l'attention du malade et du chirurgien qui l'avait opéré.

2° Le malade qui est l'objet de cette démonstration a été déjà présenté à la société au cours d'une séance antérieure pour une tumeur de la corde vocale gauche que plusieurs confrères (Hellat, Bramson, Nikitine) considéraient comme une tumeur bénigne. L'examen microscopique d'un fragment a révélé les caractères d'un cancer à cellules épithéliales plates. Malgré une deuxième ablation partielle, la néoplasie continuait à croître. Actuellement la partie postérieure de la corde droite est envahie et la partie antérieure est infiltrée.

HELLAT trouve que le tableau clinique ne s'est nullement modifié depuis la première présentation du malade.

VIGODSKI. — **Un cas de tumeur de la fosse nasale gauche.** — Fillette âgée de 6 ans. Tumeurs de la grosseur d'un pois, de coloration rouge, émanant de la cloison. Après avoir refusé une opération la mère revint deux mois plus tard, l'enfant étant très gênée pour respirer. A l'heure actuelle la tumeur présente le volume d'un œuf de pigeon, est de consistance dure, très hyperhémie et arrive jusqu'au bord de l'orifice narinaire. L'examen biopsique de deux fragments a montré qu'il s'agissait d'un myxo-fibrome téglangiectasique œdémateux. L'auteur enleva la tumeur *in toto*, dont il se propose de présenter les préparations macro et microscopiques à une séance ultérieure.

M. HELLAT présente un officier de 41 ans, qui fut pris en janvier dernier d'un violent accès de toux. Quelques jours après, pendant l'accès, arrêt de la respiration. Les choses arrivèrent au point qu'il tombait en syncope. Finalement la dyspnée s'arrêta, mais les at-

taques syncopales devinrent plus fréquentes. C'est ainsi qu'il lui arrivait d'avoir jusqu'à 12 syncopes dans l'espace d'une nuit. L'état syncopal durait environ une minute. De tous les calmants employés, des badigeonnages du pharynx à la cocaïne produisaient le meilleur effet. L'examen du larynx ne révéla rien d'anormal.

NIKITINE considère le cas comme un ictus laryngé d'une forme très prononcée. Dans sa pratique il n'en a observé qu'un seul cas qui s'est terminé favorablement. En dehors d'un traitement tonique et régulateur des fonctions digestives, il propose des pulvérisations avec une solution d'antipyrine à 4 p. 100 et à l'intérieur de l'antipyrine associée au brome.

DE FORESTIER rappelle que l'ictus laryngé a été décrit pour la première fois par Charcot, et qu'il s'observe dans le tabes ; il conseille donc de diriger l'examen dans cette direction.

Séance du 7 mai 1910.

LEVINE présente une jeune fille atteinte de troubles cérébraux qui paraissent être sous la dépendance d'une otite suppurée chronique. Ces attaques qui avaient fait leur apparition en novembre 1909, consistaient en ce que, subitement, sans aucune cause apparente, la tête et les yeux de la malade se tournaient violemment du côté de l'oreille malade, et que pendant 2 ou 3 minutes la tête exécutait une série de rapides mouvements convulsifs. Au début ces accès étaient rares (2 fois par mois) et peu prononcés, mais ultérieurement ils devinrent plus fréquents (2 fois par jour) et de plus en plus forts. En février 1910, s'est établi un écoulement purulent de l'oreille et en même temps les accès disparurent.

L'examen otoscopique révèle une otite moyenne suppurée chronique avec participation de l'attique et nécrose probable des parois de ce dernier. De l'attique sortaient des masses polypeuses à travers lesquelles un stylet pénétrait difficilement dans la cavité. La coïncidence entre la disparition des troubles cérébraux et l'apparition de l'écoulement purulent autorise à admettre une relation causale entre ces phénomènes. Il est probable qu'il s'agit d'une vieille otorrhée réchauffée et que par suite de l'obstacle à l'évacuation des sécrétions de l'attique, le pus exerçait une pression sur le tegmen tympani et, par une déhiscence congénitale ou une usure d'os, sur la dure-mère. Répondant à MM. Zakoussine et Nikitine, M. Levine dit qu'en présence du refus des parents il n'y a pas de raisons d'insister sur une cure radicale, vu que l'examen permet d'exclure l'origine labyrynthique de ces troubles ; il n'existe non plus

aucune indication à d'autres complications menaçantes. Il est cependant douteux que la malade guérisse sans une intervention.

HELLAT relate deux cas d'affection aiguë des voies respiratoires supérieures qui se sont terminés par la mort. Dans un cas, après l'affection primitive du pharynx (pilier postérieur droit), éclatèrent des phénomènes de septicémie généralisée et le malade succomba le 9 juin. Le malade ne pouvait absolument rien avaler ; à la moindre tentative de déglutition, il était pris d'une violente toux et expectorait un liquide sauguiolent. Malgré l'examen le plus attentif on n'a pu découvrir des changements pathologiques appréciables dans les poumons, ni dans les parties visibles de l'arbre respiratoire. Dans le second cas il s'agissait d'un homme de 40 ans, très bien portant, qui mourut dans l'espace de deux jours. Avant la mort on avait diagnostiqué une sinusite frontale aiguë double. A l'autopsie on trouva : une sinusite à forme hémorragique, une méningite séreuse et une sclérose considérable de l'aorte et de l'artère coronaire.

HYCH dit que par ses caractères cliniques, l'affection dans le premier cas ressemble à la maladie de Senator, ou soi-disant phlegmon du pharynx. Contre cette hypothèse, parle seulement l'absence de phénomènes morbides du côté du pharynx pendant les derniers jour de la maladie.

VILTCHOUR demande si l'on n'a pas constaté des ecchymoses et des hémorragies cutanées et muqueuses. Le tableau rappelle, selon lui, l'*angine septique* décrite l'année dernière dans le *Monatschrift für Ohrenheilk.*

BOMACHE croit que l'expulsion de matières pyo-sanguinolentes peut s'expliquer par la propagation du processus septique au médiastin où il avait provoqué la formation d'un abcès qui s'est ouvert dans l'œsophage.

NIKITINE demande si la dysphagie était également prononcée pour les liquides et les solides et si l'on avait fait au malade des injections de sérum antistreptococcique ?

HELEINE dit que l'absence de toute modification du côté des poumons n'exclut nullement la possibilité d'un foyer purulent dans le médiastin qui s'est ouvert dans une bronche quelconque.

Séance du 9 octobre 1910.

GOUREVITCH. — **Du traitement de la syphilis des voies respiratoires supérieures par l'arsénobenzol** (déjà analysé dans les Annales).

RYDNIK dit que la conclusion de la communication de M. G. est que le « 606 » fait des merveilles. Si l'action de cette préparation était vraiment si efficace, il faudrait ne traiter la syphilis que par l'arsénobenzol. Il est regrettable que la préparation soit accessible à la généralité des médecins, car autrement chacun de nous aurait pu apporter les résultats de son expérience personnelle. M. Ilych dit qu'à l'heure actuelle la littérature de l'arsénobenzol est déjà extrêmement vaste et augmente tous les jours. C'est pourquoi des discussions ne sauraient guère apporter rien de nouveau, par contre des impressions personnelles ont encore leur importance. Au mois d'août dernier (1910) il a visité plusieurs fois la clinique du professeur Wechsellmann. Il y a vu un grand nombre de malades à la période secondaire qui, après l'injection de salvarsan, avaient longtemps gardé les manifestations cutanées ; beaucoup d'entre eux ont eu, peu après l'injection, une récurrence des phénomènes secondaires. A côté de ces malades, ont été présentés bien d'autres, atteints de lésions tertiaires graves qui après l'échec du traitement spécifique avaient guéri sous l'action de l'arsénobenzol. Ceci s'explique probablement, par le fait qu'à la période secondaire la préparation d'Erlisch est incapable de détruire toute la masse de spirochètes qui pullulent dans l'organisme, tandis qu'à la période tertiaire, les spirochètes étant peu nombreux, la stérilisation réussit plus facilement. La question importante du dosage de la préparation n'est pas encore entièrement élucidée.

VOINER est d'avis que malgré les brillants résultats obtenus jusqu'à présent, la préparation d'Erlisch n'est pas encore sortie de sa phase expérimentale. Nous ignorons dans quels cas elle agit favorablement, et dans lesquels son action reste inefficace ; nous ignorons également le dosage exact du médicament, la fréquence des récurrences et les complications secondaires.

HELLAT croit que l'auteur fait montre d'un enthousiasme exagéré pour le « 606 ». Le matin même il a vu à l'hôpital Kalinkine 3 malades dont le processus destructif se continue bien que chacun d'eux eût reçu 3 injections de salvarsan de 0,50-0,60 centigr. chaque.

NIKITINE considère l'arsénobenzol comme une des plus grandes découvertes des temps modernes. Il se propose de communiquer à la prochaine séance les résultats du traitement par le salvarsan d'un malade atteint d'une périarthrite syphilitique du cartilage thyroïde ayant nécessité le port permanent d'une canule trachéale. Pendant deux ans, le malade avait suivi, sans résultat, un traitement iodo-hydrargyrique.

GOLDSTEIN critique les affirmations catégoriques, mais insuffisam-

ment démontrées, de l'auteur sur les heureux résultats du salvassan dans la paralysie générale progressive.

Séance du 21 janvier 1911.

BRAMSON. — Présentation d'un malade atteint d'une déformation du nez après greffe d'un lambeau cutané. — Le malade, âgé de 22 ans, a eu la syphilis 5 ans auparavant. En 1907, le nez s'affaissa et l'on fit une injection de paraffine. Dans le cours de la même année le malade constata la formation dans l'aile gauche du nez d'une fistule qui s'agrandit peu à peu et atteignit les dimensions d'un orifice considérable s'ouvrant dans la cavité nasale. Pour fermer la fistule on pratiqua une opération plastique à l'aide d'un lambeau cutané pris sur la joue. A l'heure actuelle, deux mois après l'opération, le lambeau reposant sur ce qui reste de l'aile du nez est repoussé et présente l'aspect d'un champignon. En raison de cette déformation qui défigure le malade, l'auteur se propose de faire une nouvelle opération plastique.

HELLAT fait remarquer que la déformation consiste ici principalement en ce que le lambeau greffé se trouve non pas dans les tissus de l'aile du nez, mais au-dessus d'eux. Il l'explique par le fait que la fente dans les tissus se cicatrise avant que ne se fasse l'épidermisation du lambeau.

M. LEVINE. Présentation de malades :

1^o Otite moyenne aiguë pseudo-membraneuse. — Homme âgé de 31 ans, se plaint de douleurs et de bourdonnements dans l'oreille droite. L'examen otoscopique révèle une fausse membrane fibrineuse au fond du conduit auditif qui paraît normal. La membrane remplit presque toute la lumière du conduit, excepté la paroi inférieure, où existe une petite fente, à travers laquelle on peut voir le segment inférieur rouge sombre du tympan recouvert d'un exsudat pulsatile. Au toucher avec un stylet, la membrane paraît molle, et assez épaisse; elle se laisse facilement détacher des parois du conduit, ce qui donne lieu à une légère hémorragie. Il est à remarquer que le malade présente des signes suspects de tuberculose pulmonaire.

2^o Atrésie congénitale du conduit auditif des deux côtés. — Jeune fille, âgée de 15 ans, bien portante et sans aucune autre anomalie. Parents bien conformés; pas de consanguinité. En dehors

de l'atrésie des conduits, il existe aussi une déformation des deux pavillons. Pas de trace d'orifice méatal. L'examen de l'ouïe montre que les deux labyrinthes sont normaux. L'examen des trompes d'Eustache a fait constater que les orifices pharyngés existaient des deux côtés. Le cathétérisme révèle une perméabilité complète de la trompe droite, incomplète de la gauche. On peut introduire une sonde à 24 millimètres dans la trompe droite et à 10 millimètres dans la gauche. L'opération, en dehors des difficultés techniques, n'est pas dépourvue de dangers, car en l'absence de tout point de repère il est impossible de savoir où il faut trépaner l'os; de plus, si l'on ne trouve pas l'antre et la membrane tympanique, on peut facilement léser le facial ou le labyrinthe.

HELLAT. — L'aspiration comme moyen diagnostique et thérapeutique dans les affections des cavités accessoires. — L'auteur a traité par l'aspiration 26 cas de sinusites chroniques. L'appareil dont il se sert se compose d'une seringue ordinaire à oreille, d'un petit récipient en verre pour la récolte du liquide, d'un embout en verre pour le nez et de deux tubes en caoutchouc mettant en communication l'embout avec le récipient et celui-ci avec la seringue. Pour obtenir une pression négative dans la cavité nasale, le malade introduit l'embout dans l'un des orifices antérieurs du nez, tandis que l'autre orifice est fermé par l'index de la main correspondante; le naso-pharynx est fermé par le voile en faisant prononcer au malade la lettre K. Le pus s'écoulant par l'orifice placé le plus bas, on peut, suivant la position de la tête du malade, en obtenir soit du sinus maxillaire, soit des cellules ethmoïdales. L'aspiration a donné un soulagement immédiat, voire même une guérison rapide, surtout dans les cas aigus. Les cas chroniques se sont aussi considérablement améliorés par ce mode de traitement.

Séance du 11 février 1911.

M. OKENNER. — Un cas de carcinome de l'œsophage. — Le malade, âgé de 38 ans, a eu la syphilis il y a six ans. Difficulté croissante de la déglutition depuis le mois de septembre 1910. La réaction de Wassermann étant positive, on pratiqua au malade 18 injections mercurielles, mais sans aucun résultat pour la perméabilité de l'œsophage. On fit ensuite 20 séances de rayons X sans plus d'effet. A l'examen on trouva, à 25 centimètres des incisives supérieures, l'œsophage rempli de végétations fongueuses circulaire-

ment disposées sur une longueur de 3 centimètres sur la paroi postéro-latérale. Après des ablations répétées de plusieurs fragments de végétations, la déglutition devint facile pour des aliments solides. L'examen microscopique révéla la nature carcinomateuse de la tumeur.

ERBSTEIN. — **De la phonasthénie et de son traitement par des procédés mécaniques et par la gymnastique vocale.** — La phonasthénie, décrite pour la première fois par Fraenkel en 1887, est un trouble fonctionnel du larynx caractérisé par une altération de la voix sans lésion objective visible. Cette affection s'observe surtout chez des professionnels : chanteurs, prédicateurs, artistes, etc. Les symptômes se divisent en précoces et tardifs. Les premiers comprennent toute une série de sensations subjectives éprouvées par le malade pendant la phonation : douleurs dans le cou, le thorax, la nuque : fatigue des muscles des lèvres, des joues : hypersécrétions et paresthésie des muqueuses pharyngée et laryngée. Dans la suite, le malade devient déprimé, perd son assurance ; des palpitations cardiaques apparaissent, la face pâlit et la peau se couvre de sueurs froides. A un stade ultérieur la voix s'altère peu à peu, perd toutes ses qualités et devient rauque. A l'examen laryngoscopique on trouve que les cordes apparemment normales s'affrontent, à la phonation, bien avant l'émission du son et se congestionnent rapidement. La phonasthénie reconnaît pour origine des causes générales (fatigue et surmenage de tout l'organisme) et des causes locales dont la principale est le surmenage de l'appareil vocal. Le diagnostic ne présente pas de difficultés, si l'on se rappelle la caractéristique principale de l'affection. Le pronostic est en général favorable.

Après avoir relaté un certain nombre de cas personnels l'auteur décrit les procédés de traitement mécaniques et la gymnastique vocale empruntés par lui à Flatau, Malioutine, etc., et qui lui ont donné de très bons résultats.

Séance du 4 mars 1911.

NIKITINE. — **Un cas pour diagnostic tuberculose ou syphilis du larynx.** — Le malade, professeur de collège, âgé de 36 ans, vint consulter l'auteur pour une raucité de la voix datant de plus de deux ans. De temps à autre légère difficulté de la déglutition. Pas de toux. Température normale. L'examen des poumons n'a révélé rien d'a-

normal. Pas de bacilles de Koch dans les expectorations. Le malade niait énergiquement la syphilis. Etat général bon. Le premier examen laryngoscopique fit constater un épaississement des cordes vocales qui étaient recouvertes de granulations superficielles. Paroi postérieure du larynx tuméfiée. Pas d'ulcérations.

Quelques jours après on trouva la bande ventriculaire droite tuméfiée, cachant entièrement la corde et ulcérée superficiellement. Le traitement antisiphilitique a plutôt aggravé l'état du malade.

НУСН croit nécessaire de faire la réaction de Wassermann sans tenir compte de l'anamnèse. Il y a un an il a été consulté par une malade atteinte d'aphonie presque complète, avec faiblesse, mauvais état général et hyperthermie allant jusqu'à 39°. Les deux bandes ventriculaires, surtout la droite, étaient fortement infiltrées et ulcérées. La malade avait été antérieurement considérée comme tuberculeuse et traitée en conséquence. L'auteur conseilla un Wassermann qui a été trouvé positif. Sous l'influence d'un traitement antisiphilitique intensif pendant 3 mois, il se produisit une amélioration objective manifeste et la voix se rétablit. Peu après la malade reçut une injection intraveineuse de 0,8 de salvarsan. Cinq jours après, au cours d'une conversation, la voix s'éteignit brusquement; le lendemain, l'examen laryngoscopique permit de constater une paralysie de toute la moitié droite du larynx.

ZACHER. — **Un cas de tympan bleu.** — Il s'agit d'un garçon âgé de 9 ans amené à l'auteur pour une dureté des deux oreilles. L'examen révéla une otite cicatricielle droite et un abaissement de l'ouïe des deux côtés. Le tympan droit était dans toute son étendue, de haut en bas et du bord postérieur à son bord antérieur, d'une coloration bleu ciel, particulièrement intense à la périphérie. Une douche d'air avec la poire de Politzer et le cathétérisme qui faisait entendre un bruit sec ne modifièrent en rien cet aspect du tympan. Le tympan gauche présentait des signes d'otite catarrhale chronique, mais sa couleur était normale. Deux ans auparavant le malade avait été atteint d'une scarlatine grave, compliquée d'adénite cervicale suppurée, de pleurésie purulente, néphrite et otite moyenne suppurée double. L'auteur, qui l'avait soigné pour cette dernière complication, se rappelle très bien qu'à cette époque le tympan droit n'avait pas cette coloration bleue qu'on lui trouve maintenant.

JVIMONNSKI. — **Des exostoses du conduit auditif externe.** — D'après la plupart des pathologistes, les exostoses du conduit auditif reconnaissent pour origine : 1° un accroissement anormal des os

pendant la période de formation et d'ossification du conduit osseux ;
 2° une périostite du conduit comme résultat d'une otite moyenne suppurée chronique. Cependant Kørner n'admet pas cette dernière cause qui, selon lui, serait en contradiction avec les observations cliniques et surtout avec les faits d'une prédisposition héréditaire à cette affection.

JIRMOSKI est d'avis qu'on ne saurait nier l'origine des exostoses par périostite ; souvent les observations cliniques montrent l'existence simultanée d'exostoses du conduit auditif et d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Dans un de ses cas personnels la tumeur s'est développée 15 ans après le début de la suppuration. Cette origine des exostoses expliquerait, peut-être, leur plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme (3 fois), les otites suppurées étant plus fréquentes chez les premiers que chez les secondes. D'après les recherches de Virchow, Ostmann, Blake Turner et d'autres, les exostoses s'observent beaucoup plus souvent parmi les peuples des vieilles races américaines (Péruviens, Indiens) que chez les nègres, Asiatiques et Européens. Le plus souvent les exostoses siègent à la limite des parties cartilagineuse et osseuse du conduit, sur la paroi antérieure ou postéro-supérieure, mais elles peuvent émaner de n'importe quelle partie du conduit. Elles apparaissent sous forme de tumeurs lisses, parfois hémisphériques, dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à celle d'un pois et s'insèrent sur une large base. On trouve quelquefois plusieurs exostoses dans le même conduit ; souvent les deux sont atteints simultanément. Pendant 16 ans l'auteur avait suivi un malade qui avait dans chaque conduit trois exostoses, situées sur des points symétriques : parois inférieure, postérieure et antérieure ; les tumeurs arrivaient au contact l'une de l'autre et ne laissaient entre elles qu'une fente étroite.

L'ablation des exostoses par la voie chirurgicale est indiquée :

1° Dans les otites moyennes suppurées quand il existe une rétention du pus ;

2° Dans les cas d'exostoses bilatérales provoquant de la surdité ;

3° Quand les exostoses dans une oreille occasionnent une surdité prononcée, le malade étant déjà atteint de surdité incurable de l'autre oreille.

En cas de rétention du pus au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë, on procédera immédiatement à l'ablation des tumeurs ; s'il existe en même temps des complications intracrâniennes ou d'autres, on pratiquera une antrotomie. Dans les suppurations chroniques avec nécrose osseuse une cure radicale sera indiquée.

Séance du 4^{er} avril 1911.

FINKELSTEIN. — **Un cas de tuberculose du pharynx.** — Le malade souffrait depuis 2 mois de violentes douleurs à la déglutition et présente des lésions pulmonaires. Sueurs nocturnes, et élévation de la température le soir. A l'examen du pharynx on trouve à gauche, sur la paroi postérieure, une ulcération plate s'étendant dans le naso-pharynx. Le pilier postérieur droit est infiltré et ulcéré et des granulations miliaires sont disséminées sur le voile du palais et la luette. L'anamnèse et l'aspect clinique des lésions ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection. L'intérêt du cas réside surtout dans le fait qu'à côté d'un processus complètement achevé existe dans le pharynx une nouvelle poussée sous forme de tubercules miliaires.

RIDNIK rappelle qu'il a présenté, il y a peu de temps, une malade atteinte d'une ulcération tuberculeuse du pharynx. L'intérêt du cas résidait dans le fait que la lésion pharyngée était primitive. L'affection guérit assez rapidement par des applications fréquentes d'acide lactique.

Séance du 23 septembre 1911.

BRAMSON. — **Un cas de tuberculose laryngée (?)**. — Le malade est atteint d'une affection du pharynx dont l'aspect autorise à supposer un processus tuberculeux en l'absence de toute lésion pulmonaire. A l'examen laryngoscopique on trouve la corde gauche légèrement ulcérée sur son bord et recouverte de la bande ventriculaire considérablement infiltrée. L'apophyse vocale gauche est également infiltrée et ulcérée. Paroi postérieure du larynx manifestement hyperhémisée. Corde vocale droite normale. Voix légèrement enrôlée depuis 4 mois; pas de dysphagie, ni de sueurs nocturnes. Nie la syphilis. Pas de prédisposition héréditaire à la tuberculose. Une injection de 0^{er},2 de tuberculine n'a produit aucune réaction du côté de l'organisme; une deuxième injection faite quelques heures plus tard à la dose de 0^{er},10 n'a été suivie d'aucun phénomène réactionnel.

Le diagnostic dans ce cas est rendu difficile par la discordance entre l'affection laryngée dont l'aspect est typique d'un processus tuberculeux et le parfait état général du malade et l'absence de réaction à la tuberculine.

FELDBERG dit que l'aspect clinique de l'affection du larynx est certainement caractéristique de la tuberculose, surtout si l'on considère les ulcérations sur la paroi postérieure et le processus dans les poumons; selon lui le sommet gauche et tout le lobe supérieur droit sont atteints. En ce qui concerne l'absence de réaction à la tuberculine chez le malade, Feldberg rappelle que les professeurs Krönig et Wolf-Eissner, dont les expériences avaient porté sur un grand nombre de sujets, ont souvent observé, dans des cas de tuberculose non douteux, une réaction négative à la tuberculine, à la première période du processus.

D'après eux, ces cas comportent un pronostic très défavorable en raison de l'absence d'anticorps, phénomène qui s'observe à la dernière phase de tuberculoses graves.

NIKITINE dit que l'intérêt du cas réside dans la discordance entre les altérations objectives et les phénomènes subjectifs éprouvés par le malade. Il croit donc que le malade est atteint d'une inflammation chronique de la bande ventriculaire gauche. Il n'a pas constaté d'ulcérations. Quant aux modifications dans les poumons, vu l'absence de toux, fièvre et d'autres manifestations et aussi la réaction négative à la tuberculine, il les considère comme d'anciennes lésions de nature cicatricielle.

BRAMSON. — Un cas de tumeur de l'amygdale (lynphosarcome).

Femme âgée de 50 ans se plaint d'une gêne à la déglutition et du caractère nasillard de la parole. L'examen fait constater une tuméfaction considérable de l'amygdale gauche obstruant l'entrée du pharynx. Paquet de ganglions cervicaux du même côté. Vu l'unilatéralité de l'affection et le bon état général, on pensa à une gomme. La réaction de Wassermann ayant été trouvée positive, on pratiqua une injection de 0^{cc} 40 de salvarsan à la suite de laquelle l'état de la malade s'aggrava sensiblement. Ce résultat fit revenir l'auteur sur son premier diagnostic et porta celui de lymphosarcome probable de l'amygdale. Ce cas montre une fois de plus qu'un Wassermann positif ne prouve pas toujours la spécificité du processus. M. B. se propose d'enlever un fragment ou d'en faire l'examen microscopique.

NIKITINE croit à une tumeur maligne en faveur de laquelle parlent la grosseur de la tuméfaction, son accroissement rapide, l'adénopathie et l'âge de la malade. Il conseille des injections d'adrénaline dans l'épaisseur de la glande.

GOLDSTEIN rappelle qu'il y a deux ans il a présenté à la Société un cas carcinome traité par lui par des injections sous-muqueuses

d'adrénaline; le traitement occasionnait au malade de violentes douleurs et le résultat fut nul.

ERBSTEIN. — Adhérence cicatricielle du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. — Jeune femme âgée de 23 ans; a eu la syphilis quelques années auparavant. En 1910, apparition d'ulcérations dans le pharynx dont la cicatrisation fut suivie d'une difficulté de la respiration nasale. L'inspection du pharynx a montré que le voile adhéraît sur presque toute son étendue à la paroi postérieure du pharynx; à gauche de la médiane existait une petite fente, seule communication entre la cavité nasopharyngienne et le pharynx. L'auteur demande l'avis de ses confrères sur le choix de la méthode opératoire, pour rétablir la respiration nasale.

BRAMSON. — Un cas de syphilis du nez. — Jeune femme de 24 ans; adressée à l'auteur dans un état de marasme syphilitique complet. Ailes du nez rétractées; visage difforme. Destruction complète de la cloison dont la partie osseuse est séquestrée. Injection de salvarsan suivie d'une amélioration de l'état général et de l'aspect extérieur de la malade. Après l'ablation du séquestre l'auteur se propose de faire une opération esthétique par la méthode de décortication.

HELLAT. — Nécrose des apophyses palatines. — Infection syphilitique il y a quatre ans. Dès le deuxième mois les manifestations dans le pharynx et dans le nez étaient devenues si sérieuses, et l'odeur provoquée par la séquestration de la voûte palatine si forte que le malade s'isola complètement du monde. Énergique cure antisiphilitique à Aix-la-Chapelle et deux injections de salvarsan. Plusieurs tentatives (faites en Allemagne) dont une sous narcose générale pour enlever le séquestre sont restées infructueuses. Malgré les dimensions du séquestre l'auteur parvint à l'extraire par son procédé de décortication.

**SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE KIEF.
SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE(1).**

Séance du 26 février 1911.

DOLERY. — Deux cas de sclérome des voies respiratoires supérieures. — Cas I. Femme âgée de 22 ans, malade depuis onze ans.

D'abord coryza continuuel, ensuite difficulté de la respiration nasale, surtout depuis 3 ou 4 ans, accompagnée d'enrouement qui s'est transformé en aphonie complète. Pas de douleurs dans la gorge, absence de bacilles de Koch dans les expectorations; réaction de Wassermann négative. A l'examen on trouve une infiltration dure des narines et de l'aile droite du nez; à l'intérieur des fosses nasales infiltration profonde avec, dans la droite, une tumeur dure et pâle rétrécissant la cavité. Nasopharynx rétréci ainsi que choanes. Voile du palais attiré en haut. Des deux côtés du larynx tumeurs bosselées intéressant les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Petites mucosités dans l'espace interaryténoïdien. Pas d'ulcération. Les particularités du cas sont :

Lésions prononcées des cavités nasale, nasopharyngienne et du larynx; pharynx intact. Visage peu déformé. Absence de lésions sous-glottiques; aphonie complète; gêne de la respiration peu marquée.

Cas II. Malade, 24 ans, a reçu 2 ans auparavant un coup sur le nez. Six mois après, obstruction nasale et ronflement pendant le sommeil. Nez tuméfié, considérablement infiltré. Ensellure du dos du nez, Cloison nasale détruite en une notable étendue: bords du septum ulcérés. Le traitement par l'iodure n'a donné aucun résultat. Réaction de Wassermann faiblement positive. Le malade qui ne présente aucun signe certain de syphilis a été examiné par un syphiligraphe qui a porté le diagnostic de sclérome.

M. AISENBERG. — **Un cas d'ozène syphilitique traité par le Salvarsan.** — Infection syphilitique, il y a 15 ans. Pendant les deux premières années le malade s'est fait traiter très irrégulièrement; ensuite il abandonna tout traitement. Il y a deux ans, apparition de douleurs dans le pharynx. Large ulcération syphilitique sur l'amygdale gauche. Il y a un an, il s'est produit une destruction de plus de la moitié de la tumeur nasale; croûtes dans le nez et odeur fétide. Le traitement iodo-hydrargyrique continué pendant un an n'amena aucune amélioration. Le 28 décembre 1910, injection intra-musculaire de 0,60 centigrammes de Salvarsan qui firent rapidement disparaître les croûtes et l'odeur fétide du nez. En même temps l'état général de la malade s'améliora notablement: l'anémie s'amenda; les douleurs irradiées et les courbatures osseuses nocturnes disparurent.

POLOWSKY. — **Un cas de tumeur de la langue.** — La malade se plaint d'une sensation de corps étranger sur la langue et d'enrouement. A l'examen on trouve une tumeur sur la paroi postérieure du

larynx et une infiltration dans l'espace inter-aryténoïdien. La tumeur de la langue est de consistance dure, fait saillie à la surface de l'organe. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome.

Séance du 12 mars 1911.

GOLOVITCHNER. — Un cas de tuberculose de la bouche. — Depuis trois mois, douleurs à la déglutition qui sont allées en augmentant et qui sont maintenant si violentes que la malade ne peut rien avaler et est privée de sommeil. A beaucoup maigri. Lésions tuberculeuses aux deux sommets. Dans la cavité buccale, vaste ulcération intéressant la lèvre, la gencive et le côté gauche de la langue; elle est pâle et peu profonde. La dysphagie violente, l'absence de cicatrices et de lésions aux lèvres permettent d'exclure le lupus. A noter que : 1° dans le mucus récolté à la surface de l'ulcération on n'a pas trouvé de bacilles de Koch, ce phénomène a été déjà signalé par Fraenkel et d'autres; le larynx est indemne de toute lésion bacillaire. Dans tous les cas de tuberculose buccale observés par l'auteur, le larynx était toujours indemne.

GALOVITCHNER. — Deux cas de syphilis maligne à localisations buccale et pharyngées traités par le salvarsan. — Dans les deux cas le processus local revêtait la forme d'ulcérations gommeuses qui affectaient le voile du palais, les amygdales, les piliers et le naso-pharynx.

CHENDER. — Corps étranger du nez. — Fillette âgée de 12 ans, s'est introduite, il y a six ans, une agrafe dans le nez. Celle-ci y est restée depuis et ce n'est que depuis un mois que sont apparus un écoulement purulent et de fréquentes épistaxis peu abondantes. Dans la fosse nasale, une masse noire entre la cloison et le cornet moyen.

VINAGRADOV montre un malade atteint de **kératose pharyngée**.

DOBRY a employé, contre cette affection et sans grands résultats, l'acide lactique et l'alcool.

BIALIK a observé 2 cas de kératose qu'il a traités avec succès par l'acide trichloracétique.

CHENDER a vu un cas de kératose localisée à l'amygdale et exis-

tant depuis 20 ans. La malade n'éprouve aucun phénomène désagréable et a cessé tout traitement.

CHTOURMANN présente une malade atteinte d'une gomme du maxillaire supérieur ayant détruit toute la paroi nasale du sinus maxillaire.

CHAPIRO. — **De la prothèse des perforations du voile du palais et de la voûte palatine.**

Séance du 2 avril 1911.

TROFIMOV. — **Un cas de kyste de la troisième amygdale.** — Le malade se plaignait de sa voix nasonnée et d'une gêne de la respiration. L'auteur signale la rareté de l'affection et demande l'avis de ses confrères sur les caractères de la tumeur et le procédé d'ablation.

ORLOV, par l'examen digital, a trouvé que la tumeur avait une large base d'insertion; il propose de l'enlever à l'anse froide.

DOBRY conseille de l'énucléer sous la narcose générale en attirant en avant le voile du palais.

BLOCH recommande une ponction préalable, et, une fois les caractères de la tumeur déterminés, de l'enlever à l'aide d'un adénotome.

CHENDER présente une **rhinolite ayant séjourné dans le nez plusieurs dizaines d'années.** Le malade âgé de 45 ans souffrait depuis longtemps d'une gêne de la respiration nasale. En raison de ses dimensions (12 centimètres de longueur) le corps étranger n'a pu être extrait qu'en le repoussant dans le naso-pharynx.

Séance du 7 mai 1911.

HINSBERG présente un petit garçon atteint d'une **tumeur du pavillon de l'oreille gauche.**

KROUJLINE trouve que la tumeur est située dans la partie supérieure du pavillon et se continue au revêtement cutané de la tête. Selon lui, il s'agit d'un lymphangiome.

ORLOV indique la situation inférieure de l'oreille atteinte par rapport à l'autre et croit que la tumeur est d'origine congénitale.

HINSBERG répond que les parents font remonter le début de l'affection à 3 ans.

GOLOVITCHNER. — **Un cas de pachydermie diffuse énorme des deux bandes ventriculaires.** — L'intérêt du cas réside surtout dans le diagnostic et dans le choix d'un procédé pour l'ablation de la tumeur. Enrouement datant de plusieurs années. Il y a 13 ans opération endolaryngée probablement pour l'ablation de papillomes. Depuis un an, perte de la voix et gêne de la respiration. A l'examen laryngoscopique, on trouve deux tumeurs lisses, arrondies, situées sur les bandes ventriculaires. Elles cachent les cordes vocales; la lumière du larynx est notablement rétrécie. A la phonation la tumeur droite devient grisâtre, transparente; la gauche a la même coloration que la muqueuse. L'auteur pensa soit à la pachydermie, soit à un kyste. S'étant arrêté sur ce dernier diagnostic, il procéda à l'ablation de la tumeur à l'aide d'une anse froide. Au cours de l'opération on trouva qu'il s'agissait non d'un kyste, mais d'une hypertrophie très dense; le fil s'étant détaché resta dans le larynx d'où il a fallu l'enlever avec des pinces.

DOBRY dit que le processus paraît avoir envahi non seulement les bandes ventriculaires, mais aussi l'espace interaryténoïdien et la commissure antérieure.

MASLOV. — **Cas d'opération plastique du nez d'après le procédé de Volkevitch.** — RADEZKI considère cette méthode comme anti-physiologique; cependant dans le présent, en raison des altérations pathologiques, aucun autre procédé n'aurait pu être appliqué.

GOLOVITCHNER. — **Pas de tumeur tuberculeuse des fosses nasales et de lupus de la peau.** — Le malade est en même temps atteint de tuberculose des poumons.

TROFIMOV conseille un curettage énergique de toutes les parties atteintes.

TOURSKY prétend que le curettage donne des récides.

ORLOV signale le peu de certitude qu'offre l'examen microscopique et s'en réfère à son cas où l'examen microscopique a montré la tuberculose, en réalité il s'agissait de syphilis.

Séance du 29 octobre 1911.

ROTENBERG. — **Un cas de syphilis du pavillon de l'oreille** (sera analysé).

KROUJILINE demande quelle conduite l'auteur se propose de tenir en présence de l'atrésie marquée d'un conduit auditif.

ROTENBERG répond qu'il attendra, pour prendre une décision, que le processus soit terminé et qu'on puisse établir le degré de l'abaissement de l'ouïe consécutif à l'atrésie du conduit.

TROFIMOV signale la grande rareté de ce cas ayant évolué au début sous forme d'une irritation artificielle.

TOURSKY présente un malade atteint de **syphilis de l'antre d'Highmore**. Au début l'affection a été prise pour une highmorite ordinaire. Une ponction exploratrice donna un résultat négatif. Peu après opération de Caldwell-Luc. Le processus faisait des progrès; on supposa une lésion tuberculeuse de la cavité antrale; enfin la réaction de Wassermann mit sur la voie du véritable caractère de l'affection.

MASLOV conseille une radiographie pour faire le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis de l'antre maxillaire.

DOBRY croit que la réaction de Wassermann aurait dû être faite avant l'opération.

GOLOVTCHEV dit qu'en raison de l'absence d'écoulement nasal et d'odeur et des résultats négatifs de la ponction, on eût dû attendre avant d'opérer, ayant en vue la possibilité d'une néoplasie, par exemple, un sarcome, d'autant plus qu'il existe des modifications du côté des yeux.

TROFIMOV ne croit pas que le symptôme complet soit suffisamment convaincant d'une affection syphilitique. Une lésion syphilitique isolée de l'antre, étant extrêmement rare et la réaction positive de Wassermann ne pouvant être considérée comme absolument démonstrative, il est plus que probable qu'il s'agissait d'un processus tuberculeux.

Séance du 3 décembre 1911.

DOBRY. — **Un cas de pemphigus du larynx.** — L'observation relatée par l'auteur tire son intérêt du fait que dans son cas le pemphigus est primitif et ne s'accompagne d'aucune manifestation pemphigoi de du côté des téguments. Les cas de ce genre sont relativement rares, car on sait que dans la plupart des cas le pemphigus des muqueuses est toujours secondaire à un pemphigus de la peau.

Au dernier Congrès international de rhino-laryngologie (Berlin, 1911), le Dr Arthur Thort a attiré l'attention sur un groupe nettement caractérisé de pemphigus à marche très grave qui s'observe exclusivement sur les muqueuses.

Dans les cas de Dobry il s'agit d'un pemphigus vulgaris laryngis de l'épiglotte. Le processus existe depuis un an et demi, mais ni sur la peau, ni dans la cavité bucco-pharyngée, ni sur les autres muqueuses on ne trouve aucune lésion. Malgré le peu d'extension du processus, le cas affecte une allure assez grave à cause de sa localisation à l'épiglotte qui provoque une dysphagie très violente, et la malade, dont la nutrition est fortement compromise, dépérit rapidement.

Dans un autre cas, observé par l'auteur il y a deux ans, où le processus était exclusivement circonscrit au sinus pyriforme gauche, la dysphagie était si violente que le malade succomba rapidement à la cachexie.

TROFIMOV présente **deux malades avec fistules des canaux semi-circulaires**. — Les deux malades, âgés respectivement de 28 et 33 ans, étaient atteints d'une otite moyenne suppurée chronique datant de l'enfance pour laquelle ils subirent un évidemment pétromastoïdien. Quinze jours après l'opération, chacun des malades présentait des signes de fistule labyrinthique.

KROUJILINE dit que la valeur diagnostique du symptôme fistuleux a été fortement ébranlée par la relation de cas, où malgré la présence du symptôme, la fistule elle-même n'existait pas à l'opération. L'apparition du nystagmus par condensation et raréfaction alternative de l'air dans le conduit s'expliquait alors par la mobilité anormale de l'étrier, ce qui est admissible, vu la sensibilité extrême du réflexe nystagmique. L'orateur signale un autre symptôme qu'on peut appeler, selon lui, *symptôme moteur* et qui consiste en ceci : Étant donné un malade atteint d'une fistule du canal semi-circulaire, si on le fait marcher les yeux fermés et qu'on l'invite à presser sur le tragus pendant la marche, aussitôt la compression exercée, il changera la direction de ses mouvements et s'en ira du côté opposé à l'oreille malade, en percevant souvent ce moment subjectivement sous forme d'un choc. Le symptôme a été observé pour la première fois par l'auteur sur des malades atteints de fistule canaliculaire dans la clinique du professeur Simanovski, de Saint-Petersbourg. Depuis ce signe a été constaté plusieurs fois ; il existe même chez les malades présentés par M. Trofimov. Selon Kroujiline ce soi-disant symptôme moteur qu'on ne peut provoquer en mobili-

sant l'étrier, est beaucoup plus démonstratif pour la fistule que le réflexe nystagmique.

CHLEIFFER. — La valeur de la radiographie dans le diagnostic des affections des cavités accessoires du nez et des oreilles.

CHAULTZ demande si l'on peut voir le labyrinthe sur les radiographies.

CHLEIFFER répond que l'oreille interne est assez bien visible chez les enfants, mais pas chez les adultes.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG.

Séance du 22 avril 1911 (1).

HELLAT présente un malade ayant subi, il y a un an, **une laryngectomie pour cancer du larynx**. A l'heure actuelle, comme on peut s'en rendre compte, F... parle d'un voix intelligible; malgré l'absence du larynx, il mène une existence supportable et peut, jusqu'à un certain degré, se servir de sa voix et tenir même une longue conversation.

OLCHINE. — **Sarcome du naso-pharynx (?)**. — Femme, âgée de 42 ans, se plaint d'une obstruction complète de la fosse nasale droite depuis un an et de fréquentes hémorragies de la fosse nasale gauche depuis un mois. A la rhinoscopie antérieure on découvre au fond du méat moyen une tumeur de coloration rouge; à la rhinoscopie postérieure, la cavité naso-pharyngienne, à droite, au niveau du palais, est occupée par une tumeur de consistance dure, saignant au toucher. L'auteur croit qu'il s'agit d'un sarcome du naso-pharynx; si l'examen microscopique confirme ce diagnostic, il croit que la seule intervention rationnelle est la résection du maxillaire supérieur et l'ablation radicale de la tumeur.

BRAMSUN a opéré la malade. il y a un an, de polypes muqueux de la fosse nasale droite. L'opération fut suivie d'une hémorragie redoutable qui a duré 3 jours. Quelque temps après, la malade revint et, à un nouvel examen, Bramsun trouve un prolongement de ces tumeurs polypeuses dans le naso-pharynx et au fond du

(1) Compte rendu de Trivas, d'après *Eyemiesjatennik*, N° 11, 1911.

méat inférieur. Le contact avec un stylet provoquait des saignements abondants qui l'obligèrent à renoncer à toute nouvelle intervention. Il garde la conviction que la malade était atteinte d'un polype fibreux naso-pharyngien.

SACHER a l'impression que la tumeur est un polype naso-pharyngien ayant poussé des prolongements dans la cavité nasale. A l'examen on ne trouve pas d'adhérence avec les parties. Les polypes du nez enlevés il y a un an n'ont pas rapidement récidivé. Tout cela parle contre une tumeur maligne.

OKONNER après un examen superficiel du cas considère la tumeur du naso-pharynx comme un sarcome, en raison de sa dureté, ses tendances aux hémorragies et les adhérences avec la voûte et la paroi latéro-postérieure du naso-pharynx. L'absence de cachexie ne contredit pas ce diagnostic, parce que dans le sarcome la cachexie arrive très tardivement, quand apparaissent des phénomènes de sarcomatose généralisée et des métastases.

HELLAT convient avec M. Okonner que les sarcomes ne donnent pas de cachexie, habituelle au carcinome. On est encore autorisé à penser, dans ce cas, à un sarcome parce que le fibrome naso-pharyngien est rare chez la femme.

BRAMSUN montre un **fragment d'os de veau** extrait de la **vallécule**. Le corps étranger était couché en travers et s'appuyait par ses deux extrémités sur ses parois latérales. Il mesurait 4 centimètres et demi de long.

LEVINE. fait une communication sur : 1° **Un cas d'abcès du cerveau otogène à évolution latente** ; 2° **Un cas de thrombose sinusienne** ; 3° **Un cas d'atrésie du conduit auditif** (sera analysé).

HELLAT demande combien de temps il s'est écoulé depuis le jour de l'opération et les premiers symptômes de l'abcès.

LEVINE. — Depuis le 22 décembre au 27 décembre, c'est-à-dire 5 jours.

OKONNER, à propos de la latence des abcès du cerveau, dit en avoir observé dix cas ; dans la plupart d'entre eux le diagnostic d'abcès du cerveau a été fait tardivement ou seulement à l'autopsie. Un jeune homme opéré par lui d'une cure radicale est mort subitement 3 mois après avec une température normale. A l'autopsie on trouva un énorme abcès du lobe temporal droit. Un autre malade, atteint d'une otite suppurée chronique et qu'il voyait tous les jours, succomba brusquement dans l'espace d'une demi-heure au milieu de phénomènes convulsifs de vomissements. En ce qui concerne le danger de coups de maillet violents dans les tré-

panations, sur lequel M. Levine attire l'attention, quelques cas tristes de sa pratique l'ont convaincu que dans les opérations sur l'oreille on doit, autant que possible, éviter des chocs violents afin de ne pas déterminer une rupture de la capsule de l'abcès.

OLCHINE mentionne quelques-uns des cas d'abcès du cerveau observés par lui à l'hôpital Nicolaevski, de Saint-Petersbourg : 1° Otite suppurée attribuée par le malade à un coup sur l'oreille. Après un séjour prolongé à l'hôpital, l'état du malade jusque-là satisfaisant s'aggrava brusquement et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un abcès dans la région du thalamus optique avec une capsule rompue ; 2° Otite moyenne suppurée aiguë ayant apparemment guéri. Quinze jours après le malade fut admis à l'hôpital pour des vertiges violents et des céphalées du côté de la récente otite. Pas d'autres modifications, tympan intact. A l'opération, on découvrit un abcès du lobe temporal ; 3° Surdité avec trouble de la démarche. Le malade est soupçonné de simulation. Mort le jour même. A l'autopsie, abcès temporal. Les malades atteints d'abcès cérébral succombent habituellement à la méningite.

LEVINE dit que la mort par méningite dans les abcès du cerveau n'exclut point la possibilité d'une rupture de la capsule sous l'influence des coups du maillet dans la trépanation. C'est justement parce que la capsule finit par se rompre spontanément ou à la suite d'une violence et que son contenu se déverse soit dans la substance cérébrale, soit dans l'espace sous-arachnoïdien, que la méningite ou l'encéphalite se développe dans les abcès encapsulés. Que les ébranlements provoqués par les coups du maillet sur le crâne peuvent favoriser la rupture de la capsule, peut-être déjà prête à éclater spontanément, cela découle déjà des considérations purement théoriques.

VILCHOUR demande pourquoi l'auteur n'ayant pas trouvé d'indication à faire une cure radicale est intervenu seulement sur les instances du malade.

SACHOV, à propos du cas de thrombose sinusienne, demande si l'auteur croit suffisant de faire dans de pareils cas une ponction exploratrice ; ne vaut-il pas mieux inciser le sinus, quand le résultat de la ponction est négatif.

OKONNER cite un cas de pyohémie otitique où, malgré une ponction négative, on trouva à l'incision du sinus un abcès thrombique au centre duquel il y avait du pus. Après l'opération la température s'abaisse et le malade guérit.

HELLAT pense que les cas qui présentent tous les signes de pyohémie otique sans thrombose et qui guérissent parfaitement

après curetage de l'os entourant le sinus mis à découvert sont beaucoup plus fréquents que les cas de thrombose véritable. Dans le cours de l'année présente il a opéré 3 cas de ce genre dont le dernier il y a à peine quelques jours. Le malade présentait tous les symptômes d'une pyohémie typique. A l'opération on trouva une mastoïdite nécrosante double. Les sinus étaient normaux. La ponction donna issue à du sang pur. Ces cas montrent que la question de savoir si le sinus doit être absolument ouvert, reste donc pendante.

VILCHOUR rappelle que des expériences sur des animaux ont démontré que la pyohémie peut s'obtenir sans thrombose du sinus.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

*Réunion annuelle tenue à Philadelphie
du 29 au 31 mai 1911 (1).*

MC CLELLAN (Philadelphie). — **Anatomie régionale des voies aériennes supérieures.** — L'auteur attire l'attention sur les déviations dans la direction de l'œsophage et les replis muqueux qu'on rencontre ordinairement à ce niveau. Il étudie ensuite l'innervation des voies respiratoires et particulièrement celle des parties innervées par le récurrent; il défend l'opinion d'après laquelle les fibres accessoires du spinal à leur sortie du crâne, s'associeraient à celles du vague pour former le récurrent laryngé.

FLETCHER INGALS (Chicago). — **La rhinite vaso-motrice (en dehors de la fièvre des foins).** — Cette affection diffère des formes ordinaires de la rhinite hyperesthésique, de la fièvre des foins, etc. Elle est caractérisée par une intumescence excessive des cornets qui sont très pâles, par une sécrétion aqueuse, abondante et limpide et une démangeaison nasale intense. L'affection est chronique. L'accès est déterminé par une exposition à la chaleur ou au froid, par divers irritants et d'autres causes.

Au début, l'état général n'est pas affecté. L'affection a été très répandue l'hiver dernier dans les environs de Chicago. Le traitement est peu satisfaisant, le nez tolérant mal des applications

(1) Compte rendu par Trivas. *Medical Record*. 16 sept. 1911.

locales, et jusqu'à présent, les remèdes employés n'ont procuré aux malades qu'un soulagement temporaire.

RICHARDSON (Washington). — **Troubles vaso-moteurs des voies respiratoires supérieures.** — L'auteur dit qu'il existe une différence entre la rhinite vaso-motrice continue et paroxystique. Il discute la première et rappelle les recherches de Biddert et de Volkmann, ainsi que les expériences de Buson qui ont mis en évidence le fait que le nerf sympathique est un nerf non sensitif seulement à l'état normal. Quand le nerf est hyperhémie il devient extrêmement sensible à la douleur. Cette hyperhémie du nerf peut devenir le point de départ de réflexes variés, d'un catarrhe vaso-moteur, moteur ou sensitif. L'auteur divise le type continu de la rhinite vaso-motrice en 4 variétés, toutes dues à des troubles généraux constitutionnels bien plus qu'à des altérations inflammatoires locales des voies aériennes, les toxines étant produites par des modifications dans les liquides et les tissus de l'organisme.

DELAVAN (New-York) en se repérant à un cas cité par Ingals considère qu'un des faits les plus intéressants est qu'après l'emploi de la sérothérapie, le malade quoique exposé à un climat aussi inclément qu'auparavant n'a plus éprouvé de symptômes aussi graves qu'avant l'usage du sérum.

COAKLEY (New-York) a vu plusieurs cas de ce genre et croit que le traitement local a peu ou point de valeur. Selon lui, l'affection est sous la dépendance d'un trouble des sécrétions internes, accompagné d'une irritabilité particulière de la muqueuse nasale.

COFFIN (New-York) accepte cette manière de voir et relate brièvement un cas personnel où l'affection paraissait être due à une auto-intoxication.

SHURLY (Détroit) affirme que cette affection frappe presque exclusivement des personnes d'un tempérament nerveux, tous ces malades appartenant à la classe intellectuelle. Le traitement local n'a pas grand effet. L'affection nasale est habituellement associée à un trouble vaso-moteur d'une autre région parfois éloignée de l'organisme. Il croit que les sécrétions internes jouent un rôle très important. Au point de vue thérapeutique, il a obtenu les meilleurs résultats par l'emploi de la valériane et d'autres sédatifs généraux et de citrate de fer en injections sous-cutanées qui exercent un effet rapide sur le système nerveux général et la circulation sanguine.

THRASHER (Cincinnati) a recours, pour atténuer les symptômes pénibles, aux deux moyens suivants : l'incision large des cornets

qui donne issue au liquide accumulé, et l'administration par voie hypodermique d'adrénaline, à la dose de 1 à 2 gouttes (1 p. 1000) une ou deux fois par jour.

LOGAN (Kansas City) appelle l'attention sur les cautérisations de la partie supérieure du cartilage triangulaire qui diminuent la turgescence de la muqueuse bien plus que toute autre application locale aux cornets. Il mentionne également les bons résultats que donnent les bromures et les cautérisations de la tête des cornets.

M. NORVAL PIERCE (Chicago) a obtenu de bons résultats avec les méthodes Killian. Il cite un cas intéressant de troubles vasomoteurs dus à l'absorption d'une tarte aux framboises, fruits auxquels le malade était très susceptible.

MYLES (New-York) conseille la résection du tubercule de la cloison jusqu'à l'union de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, où elle rencontre le cartilage triangulaire. L'opération est faite sous cocaïne. Par ce procédé on sectionne le vecteur de l'irritation soit au ganglion de Meckel, soit au centre cérébral.

GEORGE RICHARD (Fall River). — **Étude comparée de quatre-vingt-un cas de sinusite frontale.** — Les deux sinus étaient atteints dans 23,5 p. 100, le gauche seul dans 32 p. 100 et le droit seul dans 44,5 p. 100 des cas. La propagation de l'infection à l'un ou à l'autre sinus dépend de la conformation anatomique du nez et des rapports du canal naso-frontal avec la cloison et le cornet. 60 p. 100 des cas étaient aigus, 7 p. 100 subaigus et 33 p. 100 chroniques. Dans 92 p. 100 il y avait du pus; 5 cas (8 p. 100) étaient étiquetés comme des pneumatocèles, c'est-à-dire que les symptômes étaient apparemment dus à une occlusion de l'orifice du canal naso-frontal avec sensation consécutive de compression due à une expansion d'air ou de gaz à l'intérieur du sinus. Dans 14 cas l'autre était également atteint.

En ce qui concerne le traitement, 65 cas ont été traités par la voie intranasale, 16 ont subi une cure radicale. 66 cas ont été considérés comme guéris. Les autres ont eu une récurrence d'attaque aiguë ou présentent encore une légère suppuration.

Dans le cas de sinusite frontale il est essentiel que le canal naso-frontal demeure perméable, à moins que le sinus ne soit entièrement oblitéré. Les méthodes intranasales peuvent être pratiquées pendant longtemps; elles auront pour résultat soit une guérison, soit une amélioration si sensible que les malades ne voudront pas subir une opération plus radicale.

CASSELBERRY (Chicago). — **Types atténués de sphénoïdite supprimée dans leurs rapports avec le soi-disant catarrhe rétronasal, les céphalées avec obnubilation mentale et avec l'asthme.** — Suivant la nature des sécrétions, l'auteur divise la sphénoïdite suppurée en deux groupes. Au premier appartiennent les cas dont les sécrétions varient du pus au muco-pus. Celles-ci ne forment de couche pareille à du vernis et ne déterminent pas d'atrophie; mais elles tendent à provoquer une hyperplasie œdémateuse dont l'exagération est une dégénérescence polypoïde. Le second groupe comprend les cas dont les sécrétions sont visqueuses, mucilagineuses, parfois fétides; quand ces dernières sont abondantes elles forment des longues traînées qui défient tous les moyens ordinaires d'expulsion. Modérées, elles vernissent la paroi pharyngée, déterminent de l'atrophie ou de la pharyngite sèche. Souvent elles s'accumulent dans le nasopharynx et y forment des croûtes dures qu'on ne peut enlever qu'à l'aide d'une sonde.

Pour explorer le sinus, l'auteur se sert d'une sonde de son invention qu'il emploie en même temps pour faire des lavages; au point de vue du diagnostic les irrigations ont une grande importance. Sur une soixantaine de cas, dans un huitième seulement l'infection était limitée au seul sinus sphénoïdal sans que les cellules éthmoïdales postérieures ou les autres sinus fussent atteints.

La céphalée se manifeste par une douleur exécrante au milieu de la tête et se propageant loin en arrière, entre les yeux. Souvent elle est localisée au sommet de la tête ou s'irradie de l'oreille ou de la mastoïde vers le vertex. Dans un tiers des cas les céphalées étaient pariétales ou occipitales; dans un cas d'introduction dans le sinus amenait une décharge de sécrétions jaune orange avec cessation de la douleur. Dans un autre cas, qui présentait de l'obnubilation mentale, une double opération de Hajek a eu pour résultat un libre drainage du sinus et la cessation des symptômes. Ordinairement, quand on touche avec une sonde les cellules éthmoïdales postérieures ou la partie adjacente du sphénoïde, le malade ressent brusquement une vive douleur dans un ou plusieurs des cinq points suivants: le derrière et le sommet de la tête, les yeux, les oreilles et la mâchoire supérieure. En touchant simplement avec un porte-coton le siège du ganglion sphéno-palatin on provoquait chez les malades une douleur de la même nature que celle dont ils demandaient à être soulagés. Le ganglion touche au plancher des cellules rétro-éthmoïdales et à la paroi du sphénoïde et est en rapport avec les rameaux nerveux qui se distribuent aux cinq points douloureux; il en résulte qu'une lésion sphéno-éthmoi-

dale peut irriter le ganglion et occasionner des céphalées du type décrit plus haut.

Un tiers des cas étaient des sujets asthmatiques ; dans plusieurs la région sphénoïdale était le trait dominant ; dans quelques autres elle était seulement le siège d'un polype. Des récidives d'asthme ont été observées à la suite d'une exacerbation aiguë d'une sphénoïdite chronique. L'ablation des polypes trouvés dans le sulcus sphéno-ethmoïdal a eu pour résultat de réduire d'une façon manifeste les accès d'asthme. Vingt-quatre opérations intranasales ont été faites sur 17 malades. L'auteur résèque d'abord le cornet moyen ; il enlève ensuite si elles sont malades, la bulle et les autres cellules ethmoïdales antérieures et en dernier lieu les cellules ethmoïdales postérieures. Le principe dominant du traitement est d'établir un drainage aussi complet que possible. Le traitement palliatif est basé sur le principe que si les orifices postérieurs du nez et le nasopharynx sont maintenus propres et débarrassés régulièrement des sécrétions sphénoïdales qui s'y accumulent, les symptômes catarrhaux tendront à disparaître et le drainage sphénoïdal en sera amélioré. Il est essentiel d'apprendre au malade à laver lui-même son sinus, de préférence avec une solution alcaline faible.

JAMES NEWCOMB (New-York). — **Corps étrangers de l'antra maxillaire.** — Homme d'âge moyen, atteint d'une suppuration rétro-nasale ; l'examen révéla en plus des lésions bacillaires aux deux sommets. A la diaphanoscopie on découvrit une antrite maxillaire-gauche. L'état général du malade interdisait une opération, on se contenta de pratiquer une perforation alvéolaire et l'on inséra un tube de Myles. Un jour que le malade se trouvait dans le cabinet de son médecin, le tube et l'obturateur disparurent dans l'antra. Une radiographie n'a pas repéré la présence des corps étrangers. Ceux-ci ont été retirés quelque temps après par un étudiant en art dentaire. Le malade succomba peu après à sa tuberculose pulmonaire qui s'était compliquée en dernier lieu d'une laryngite tuberculeuse. M. Newcomb a réuni 50 cas-analyses relatés dans la littérature médicale au cours des vingt dernières années,

BRYSON DELAVAN (New-Work). — **Fibrome nasopharyngien.** — L'auteur s'élève énergiquement contre les opérations préliminaires et préconise le traitement par des procédés électriques et surtout par l'anse galvanocaustique. Cette dernière n'a pas seulement l'avantage de mettre le malade à l'abri du danger d'une hémor-

ragie grave, mais encore son action cautérisante amène une régression des restes de la tumeur au point que dans certains cas tout autre traitement devient inutile. Quand la tumeur est trop grosse pour laisser passer l'anse galvanocaustique, on peut préalablement réduire son volume à l'aide de l'électrolyse ou de l'ignipuncture. On peut indifféremment employer les méthodes d'électrolyse unipolaire ou bipolaire, mais cette dernière est préférable. Dans beaucoup de cas les applications faites aussi près que possible de la base du néoplasme ont déterminé une oblitération de nombreux vaisseaux; il en est résulté une diminution dans le volume de la tumeur, suffisante pour permettre d'employer utilement l'anse galvanocaustique. Même lorsque ces tumeurs sont enlevées par les voies naturelles et par des procédés autres qu'électriques, tels que morcellement, arrachement, anse froide, des accidents sont fréquents et des hémorragies presque inévitables. Sur 15 cas traités par des méthodes électriques, 10 ont pu être considérés comme guéris, 1, amélioré; les autres ont été perdus de vue; pas une fois il n'y eut ni hémorragie, ni choc. Par contre l'emploi de l'anse froide dans 10 cas a donné 9 fois lieu à une hémorragie grave, et pas un cas de guérison. Sur 45 cas opérés par une intervention préliminaire grave ou par morcellement avec des pincés, 1 mourut et 5 seulement ont guéri. Ces statistiques, qui embrassent une période des dix dernières années, montrent amplement qu'une opération radicale préliminaire pour l'ablation des fibromes nasopharyngiens ne peut se justifier et que les méthodes électriques et en particulier l'anse galvanocaustique, par l'absence de tout danger pour le malade et déformation consécutive, et surtout par le pourcentage des guérisons, sont bien supérieures aux interventions radicales.

M. HOLMES dit qu'avec la méthode unipolaire on peut employer 500 à 700 milliampères et avec la méthode bipolaire jusqu'à 2500 milliampères. Il relate un cas de sarcome fuso-cellulaire ayant envahi l'amygdale et la partie postéro-supérieure de la langue qu'il a enlevé avec succès; de même un autre cas ayant intéressé le voile du palais et la voûte palatine. Les deux malades opérés respectivement depuis huit et trois ans sont en bonne santé et n'ont pas eu de récurrence.

PRICE BROWN (Toronto). — **Cas de sarcome à cellules fusiformes du larynx traité par l'électrocautérisation et l'application de radium.** — Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans atteint d'une tumeur laryngée à marche rapide. Le néoplasme s'est développé en moins de deux mois et s'accompagnait d'une sténose croissante. L'examen

révéla une grosse tumeur rouge foncé occupant presque tout le larynx; elle paraissait avoir une large base et être plutôt localisée au côté gauche. De ce côté du cou il y avait une grosse adénite. Voix non altérée. Jugeant le cas inopérable, l'auteur s'est décidé à faire des cautérisations galvaniques quotidiennes. Au bout de trois semaines le volume du néoplasme était suffisamment réduit pour qu'on pût en enlever un gros fragment. L'examen microscopique a révélé un sarcome à cellules fusiformes et à marche rapide. M. Brown substitua alors des applications de radium aux cautérisations électriques. Au bout de huit jours de radiumthérapie, la tumeur redevint énorme et les ganglions augmentèrent encore de volume. On remplaça de nouveau le radium par l'électrocautérisation. Après un certain nombre de séances, la tumeur commença à décroître et à l'heure actuelle elle a presque complètement disparu, bien qu'il reste encore quelques points qui nécessitent un traitement. L'adénite disparut également. Le larynx est perméable et le malade qui auparavant ne pouvait prendre que du lait mange des solides sans la moindre difficulté.

MACKENZIE dit qu'on ne doit pas employer le radium dans des cavités plus ou moins inaccessibles, où l'opérateur ne peut surveiller à chaque instant l'agent pendant son application. Une autorité telle que Wickham, de Paris, dit que l'emploi est absolument contre-indiqué dans le larynx et les parties profondes du pharynx.

THOMAS HUBBARD (Toledo). — **Œsophagoscopie et bronchoscopie par la méthode de Killian.** — Relation d'une série de cas de corps étrangers enlevés de l'œsophage et des bronches.

MAKUEN rapporte un cas où il s'est heurté à des difficultés peu ordinaires. En tentant d'enlever une épingle de sûreté à l'aide de l'instrument annelé, la glotte se ferma comme un véritable sphincter et serra tellement l'instrument qu'il fut impossible de le retirer. Finalement, l'épingle a été expulsée par le bronchoscope avant que l'opérateur eût pu se rendre compte du mécanisme dont elle avait été prise dans l'anneau.

JACKSON considère le cas de M. Makuen comme unique. Selon lui, l'extraction d'une épingle de sûreté ouverte est extrêmement dangereuse. Quand elle est dans l'œsophage, mieux vaut la repousser dans l'estomac, la retourner et l'extraire ensuite, au lieu de chercher à la retourner dans un œsophage déjà tendu. Il mentionne la fréquence de la dyspnée produite par la compression de la trachée pendant l'extraction, dans les tentatives d'ablation de corps

étrangers de l'œsophage. Cette complication peut souvent entraîner une issue fatale.

SIVAIN (New-Hawen). — **Les amygdales sont-elles une menace ou une protection.** — S'appuyant sur les données de l'anatomie et de la physiologie, l'auteur considère l'amygdale comme un ganglion lymphatique dont le rôle pour l'économie n'est ni plus ni moins important que celui de tout autre ganglion. La tonsille serait donc, d'après lui, un organe de protection qui commence à fonctionner dans l'enfance et qu'il importe de conserver chez l'enfant. C'est pourquoi il se prononce contre l'amygdalectomie complète de même que contre l'adénoïdectomie totale.

WOD combat les idées de l'auteur. Des expériences répétées ont démontré que le courant lymphatique dans l'amygdale était un courant efférent.

Un bacille tuberculeux déposé dans une crypte amygdalienne provoquera une tuberculose de l'amygdale et en même temps une lésion de même nature dans le ganglion lymphatique drainant cette tonsille. Il croit que l'amygdale a pour fonction de produire et d'éliminer des lymphocytes. Il est partisan de l'ablation complète de l'amygdale, opération qui donne de meilleurs résultats que la tonsillotomie.

WILSON convient avec M. Sivain que l'activité physiologique de l'amygdale existe principalement chez le fœtus et l'enfant, mais il ne la considère pas comme une glande lymphatique pure. Les amygdales se développent, sous forme de bourgeons, au niveau de la 2^e fente branchiale, tandis que le système lymphatique dérive du mésoderme. Le rat est le seul animal qui ne possède pas d'amygdales.

CASSELBERRY n'a jamais vu de mauvais effets chez l'enfant ou chez l'adulte résultant de l'ablation totale de l'amygdale. Il est d'accord avec l'auteur que chez les enfants on ne doit enlever les amygdales que si elles sont malades, mais alors l'ablation sera totale.

COAKLEY dit que les fonctions de l'amygdale diffèrent entièrement chez l'adulte et chez l'enfant. Chez le premier la tonsille est considérée bien plus comme un organe pathologique que physiologique. Il rappelle le fait bien connu que chez des sujets adultes à diathèse rhumatismale, l'ablation de l'amygdale, antérieurement cause d'angines à répétition, etc., fait disparaître ces manifestations particulières. Il est d'avis que l'amygdale doit être enucléée, mais non coupée. Sa pratique l'autorise à affirmer que les enfants

débarrassés par ce procédé de leurs amygdales malades ont retiré de l'opération les plus grands bénéfices.

COOLIDGE dit que dans les affections amygdaliennes le courant des microorganismes septiques est plutôt efférent qu'afférent.

SHURLY défend l'amygdalectomie totale, mais à condition que les amygdales soient malades. Dans plusieurs centaines de cas, où cette opération avait été pratiquée, il n'a vu que des résultats favorables. Il croit que les enfants ayant subi l'ablation totale des tonsilles sont moins exposés aux diverses complications gutturales lorsqu'ils sont victimes d'une maladie infectieuse propre à l'enfance.

INGERSOLL. — **La technique de l'amygdalectomie.** — La méthode décrite par l'auteur est celle qu'il emploie au dispensaire du Lakesaire Hospital.

Anesthésie à l'éther aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Malade en position de Rose. Un aide placé du côté gauche maintient solidement la tête du malade avec les deux mains ; un autre aide, du côté droit, tient l'abaisse-langue de la main gauche, et l'éponge de la main droite. L'opérateur est assis au bout de la table ayant le malade en face de lui. L'amygdale à opérer est saisie avec des pinces et attirée vers la ligne médiane ; la muqueuse est incisée jusqu'à la capsule. L'amygdale est ensuite disséquée avec sa capsule, libérée des piliers antérieurs et postérieurs et de ses attaches supérieures et inférieures. L'énucléation est faite à l'anse. On comprime solidement avec de la gaze maintenue en position pendant deux ou trois minutes. Si, malgré cette compression qui suffit le plus souvent pour arrêter le sang, la plaie continue à saigner, on saisit les points qui donnent avec une pince hémostatique et on les tord. Si une grosse artère a été coupée, on la lie au catgut. On procède de la même façon à l'ablation de la seconde amygdale, et une fois l'hémorragie définitivement arrêtée, on pratique une adénotomie, si cela est nécessaire.

ALUDSON MAKUEN. — **Relation de l'amygdalectomie avec le voile du palais et la voix.** — Les trois importants organes vocaux sont le voile du palais, la langue et le larynx. Le voile du palais qui est particulièrement affecté par les amygdales est un des plus importants organes phonatoires, parce que de son action normale dépend l'action normale de tous les autres. Il a dans la phonation deux fonctions importantes : 1° une fonction valvulaire qui tient sous sa dépendance la résonance vocale et 2° une fonction qui consiste à tendre le thyroïde et les cordes vocales et qui détermine et règle la qua-

lité et la tonalité de la voix. Cette action valvulaire du voile peut être notablement entravée par des amygdales anormalement hypertrophiées ou dégénérées ; des tonsilles hypertrophiées gênent la mobilité des muscles constricteurs ; des amygdales dégénérées ont le même effet par l'hypertrophie catarrhale et les adhérences qu'elles engendrent. Bien plus, quand le diaphragme palatin ne se ferme plus et que le voile du palais fonctionne mal, les muscles pharyngo-palatins ayant perdu leur point d'appui dans la voûte deviennent incapables de tendre le thyroïde et les cordes vocales, la voix en souffre nécessairement sous le double rapport de la qualité et de la tonalité. Dans ces conditions, quand on se trouve en présence d'amygdales hypertrophiées ou dégénérées, leur ablation est absolument nécessaire pour améliorer ou sauver la voix aussi bien que pour supprimer une source d'infection générale. On choisira le procédé opératoire le plus apte à débarrasser le sujet des foyers d'infection et en même temps à conserver les fonctions articulaires et phonatoires des organes voisins. Si la tonsillectomie totale remplit le mieux la première de ces deux indications, elle peut ne pas être le procédé de choix pour conserver les fonctions des organes voisins, à cause des adhérences cicatricielles qui se forment dans la fossette amygdalienne et qui entravent les fonctions des muscles voisins. C'est pourquoi, au point de vue des fonctions phonatoires du voile, mieux vaut enlever seulement l'amygdale en laissant la capsule intacte. Chaque cas sera étudié attentivement, et le choix entre une tonsillectomie complète et une opération extracapsulaire sera une question de jugement. Le sacrifice des piliers peut avoir une influence des plus fâcheuses, parce que les résultats sur la voix et la parole en sont dans certains cas non seulement désastreux, mais irréparables.

ALBERT GECTHELL (Worcester). — **Relation de l'hypertrophie des amygdales avec l'endocardite.** — Depuis quelques années, il y a une tendance de plus en plus grande à attribuer certaines maladies constitutionnelles, et entre autres l'endocardite, à l'hypertrophie des amygdales. Une revue de la littérature médicale concernant les maladies du cœur chez les enfants montre qu'on ne doit accepter cette manière de voir qu'avec les plus grandes réserves. L'expérience clinique personnelle de l'auteur l'autorise à affirmer que l'endocardite n'est nullement fréquente chez les malades qui viennent se faire opérer de leurs amygdales, et A. G. conclut que l'hypertrophie des amygdales ne contient pas les foyers morbides qui produisent l'endocardite.

A.-B. THRASHER. — **Chancre syphilitique de l'amygdale.** — Les statistiques montrent que la cause la plus fréquente de l'infection amygdalienne est la transmission du virus par un baiser. Sur les quatre cas observés par l'auteur, dans trois le chancre avait cette cause pour origine. L'infection peut également se transmettre par divers objets : fourchettes, cuillères, crayons, brosses à dents, cigare, cigarette, etc. Le principal symptôme objectif est la douleur qui est plus prononcée que dans toutes les autres affections de cette région. Le diagnostic différentiel est à faire avec le cancer et la tuberculose. L'invasion de l'organisme se fait bien plus rapidement quand le virus syphilitique est inoculé par l'amygdale que par toute autre région du corps, et les symptômes secondaires existent déjà habituellement, quand on découvre le chancre. Le traitement est le même que celui des autres lésions primaires.

FRÉDÉRIC HOPKINS. — **Hémorragie secondaire tardive consécutive à une tonsillotomie.** — L'auteur a observé cette complication dans deux cas : chez un enfant de 9 ans et chez un jeune homme de 19 ans. Dans le premier cas une hémorragie grave s'est déclarée le 41^e jour, et dans le second le 42^e jour après l'opération.

WOOD mentionne un cas d'hémorragie tardive survenue 7 jours après l'ablation d'adénoïdes et tellement grave qu'elle a nécessité l'éthérisation du malade et le tamponnement du nasopharynx.

RICHARDS ajoute également à cette liste deux cas d'hémorragie tardive survenue dans un 3 jours, et dans l'autre 6 jours après l'opération. Il mentionne également un cas d'hémorragie mortelle tardive consécutive à une adénoïdectomie.

CASSELBERRY dit que l'hémorragie tardive est presque toujours due à la chute d'une eschare qui est le résultat de l'opération. Il préconise l'usage de la pince dont l'emploi dans de pareilles circonstances lui a toujours donné de bons résultats. Dans le cas d'hémorragie primitive chez l'adulte, il applique immédiatement le galvano-cautère au point qui saigne. Ce procédé lui a toujours permis d'arrêter l'hémorragie d'une façon définitive.

RICHARDSON rapporte de nombreux cas de complications consécutives à des tonsillectomies : emphysèmes, pneumonie, pleurésie; il mentionne le cas d'un enfant ayant succombé à une pleurésie consécutive à l'ablation des amygdales.

COOLIDGE, en discutant le travail de M. Thrasher, relate brièvement un cas de chancre de l'amygdale qu'on a commencé à traiter par le 606 aussitôt qu'apparurent les manifestations secondaires. Le chancre disparut rapidement de même que l'éruption secondaire,

et au bout de huit jours, le malade paraissait complètement guéri.

GEORGE WOOD (Philadelphia). — **Les effets de la cautérisation sur lésions tuberculeuses.** — La clinique et les expériences sur des animaux montrent que la cautérisation est la méthode de traitement idéale de tuberculoses localisées. Dans l'espace de trois jours on trouve une zone marquée de réaction inflammatoire qui s'étend au delà du point cautérisé, et dans cette zone se forme une grande quantité de tissu fibreux. Le développement de ce tissu fibreux exerce une influence considérable sur la lésion tuberculeuse dont il arrête la marche. La formation de vaisseaux sanguins dans la zone inflammatoire lui amène une nutrition suffisante pour assurer sa vitalité, tandis que l'eschare produite par la cautérisation empêche une réinoculation et oblitère les lymphatiques et les vaisseaux sanguins.

PAYSAN CLARK (Boston). — **Un cas de diaphragme congénital de l'œsophage.** — Il s'agit d'une femme de 24 ans qui a toujours été obligée de hacher menu ses aliments pour pouvoir les avaler. Pas d'histoire de traumatisme. Il y a un an elle eut un accès de suffocation en voulant avaler un morceau de viande. Depuis elle ne pouvait prendre que des liquides. Des tentatives répétées pour passer une bougie ont échoué. Un examen, sous anesthésie générale, avec un tube-spatule de Jackson a révélé une membrane interceptant la continuité de l'œsophage et du pharynx, à l'exception d'un petit orifice de 3 à 5 millimètres de diamètre. Le tube œsophagoscopique put franchir l'obstacle et l'instrument passa ensuite dans l'estomac sans rencontrer d'autres anomalies. Depuis la malade peut s'alimenter de tout sans difficulté aucune. Ce cas paraît être unique, car l'auteur n'a pu en trouver de similaire dans la littérature médicale.

MOSEYER a observé un cas de diaphragme complet de l'œsophage. A l'examen on trouva une mince membrane à l'extrémité supérieure du canal alimentaire. Après son ablation, les symptômes qui persistaient depuis 15 ans disparurent. Il croit qu'un examen attentif montrerait probablement que beaucoup de cas attribués à des affections nerveuses ne sont en réalité que le résultat d'un diaphragme à la partie supérieure de l'œsophage.

SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID (1)

Séance du 30 octobre 1914.

JIMÉNEZ ENCINA. — **Papillomes laryngés. Présentation d'un cas de papillome récidivé chez un enfant de 13 ans.** — Il fait la critique de tous les moyens de traitement existants, et plaide en faveur des pinces polypotomes, moyen qui quoique de grande difficulté à cause de la technique complète qu'il exige, surtout chez les enfants, est obtenu par une éducation préalable et persévérante de ces malades, et même les enfants plus indociles et défiants sont en disposition d'être opérés par les voies naturelles comme les adultes avec ou sans trachéotomie préalable s'il y a ou non grave embarras de respiration. Il est impossible de fixer des règles pour cette éducation. La pratique bien conduite apprend à la diriger ; tout est influencé par les nombreux détails de psychologie de chaque enfant, variable à tout moment.

Il rapporte aussi six cas de papillomes laryngés chez des enfants opérés par lui sans le secours de la trachéotomie.

Discussion.

BOTELLA rappelle le résultat excellent qu'on semble obtenir de l'emploi de la magnésie ; il croit aussi que l'on doit opérer le papillome le plus possible par les voies laryngées en poursuivant ensuite l'emploi de la magnésie.

RUEDA croit que les papillomes opérés chirurgicalement, récidivent aussi bien que ceux qui sont soumis au traitement médical. Il soupçonne la nature tuberculeuse de ces néoplasmes puisqu'on les voit presque toujours chez des individus lymphatiques, scrofuleux et avec adénites et quoique dans l'analyse histologique on ne trouve pas la bacille de Koch, ces individus porteront sûrement une toxine X de nature tuberculeuse. Le même malade présenté par le Dr Jiménez Encina, porte au cou des cicatrices qui démontrent sa nature scrofuleuse. Il ajoute qu'il faut espérer que le traitement médical en modifiant la résistance organique de l'individu produira des résultats assez satisfaisants.

(1) Compte rendu officiel.

HERNANDEZ PÉREZ dit que sauf peu de variantes les grandes interventions chirurgicales ne sont pas nécessaires. Il croit que plutôt que de nature tuberculeuse on peut les considérer comme précurseurs de tumeurs malignes. Il rappelle un cas dans lequel après extirpation du papillome il y eut au même endroit des épithéliomes des cordes vocales. Il préfère la chaux comme traitement interne.

MORALES LAHOZ et HORCASITAS rapportent des cas dans lesquels la suppression de la fonction suffit pour guérir.

BOTELLA. — Corps étranger des bronches. — Enfant de 5 ans qui depuis 40 jours portait dans la bronche droite un pépin de pastèque. Toux sèche de temps en temps. A l'auscultation froissement dans le 4^e espace intercostal et dans les accès de toux un bruit de soupape très net se fait sentir. Après chloroformisation et dans la position moyenne entre celle de Trendelenburg et celle de Rose il introduit un tube de 7 millimètres par la bouche et extrait le corps étranger à la deuxième reprise avec la pince fenestrée de Killian-Brünnings.

A part le cycle typique complet des corps étrangers (protestations, calme relatif, réaction et tolérance) il considère le cas comme important par la syntôme toux sèche, avec une sonorité spéciale rauque qu'il a observée dans tous les autres cas de sa pratique, c'est pourquoi il le juge pathognomonique.

Discussion.

JIMÉNEZ ENCINA et HERNANDEZ rappellent le premier un cas d'épingle au larynx accompagné aussi de toux, et le deuxième nie le caractère pathognomonique de cette toux.

HERNANDEZ PÉREZ. — **Sarcome de l'amygdale.** — En rappelant le cas de sarcome de l'amygdale présenté par le Dr Gereda dans la séance précédente, il rapporte un autre très volumineux qu'il vit dans sa consultation, avec des engorgements ganglionnaires carotidiens. On n'a pratiqué sur le malade aucune intervention.

A cette occasion il parle de deux sarcomes présentés à la clinique du Dr Slocker, très curieux. L'un, ulcéré, chez une femme cachectique de 50 ans, sur le pilier antérieur droit, qui disparut presque par des injections quotidiennes d'un centigramme d'atoxil : l'autre chez une femme de 40 ans, défigurée par deux grosses tumeurs qui occupaient la région latérale supra-hyoidienne, une de chaque côté et ulcérées à l'intérieur et qui s'étendaient jusqu'au

sterno-cléido-mastoïdien. La peau du cou était aussi ulcérée. Le néoplasme disparut presque complètement par l'usage des arsenicaux.

Il rapporte ensuite les travaux d'Ehrlich et sa théorie de l'atropisie; il choisit l'atoxil comme traitement médical du cancer et il finit en disant que les interventions chirurgicales doivent avoir lieu dans les néoplasies malignes seulement, mais que chez les malades inopérables le médecin au lieu de se décourager doit avoir recours à d'autres moyens plus appropriés au cas.

Séance du 27 novembre 1914.

GEREDA. — Surdi-mutité hystérique. — Après avoir rappelé deux cas de surdi-mutité hystérique, l'un à la suite de l'explosion de la bombe le jour du mariage du roi, l'autre dû à une cause émotionnelle chez une religieuse tombée d'une échelle, le rapporteur présente à la Société un garçon qui reçut un coup, assez léger, sur la région occipitale au mois d'août, et qui perdit, 48 heures après, l'audition et l'usage de la parole.

Il n'avait pas d'antécédents névropathiques dans sa famille. Il guérit bien et au bout de 15 jours, il redevint sourd-muet, mais maintenant avec un grand trismus massétérien accompagné de paralysie de la langue et du voile du palais. Il fut difficile de vaincre le trismus et la paralysie; la suggestion vigile échoua alors et on employa l'hypnotique avec succès. Le malade n'avait pas d'apsitirie. Deux mois plus tard il y eut répétition des manifestations avec une grande difficulté visuelle.

GEREDA remarque, que le malade n'a pas d'antécédents névropathiques, que lorsque la suggestion vigile s'affaiblit on doit employer la suggestion hypnotique et que dans le cas présent on contrôlait, encore une fois, que dans un traumatisme faible comme celui-là l'altération psychique influençait plus que le choc même, vu l'intervalle écoulé entre celui-ci et l'apparition de la surdi-mutité.

Discussion.

SANCHEZ CALVO, PRADA, CASADESUS et BOTELLA rappellent des cas semblables.

RUEDA. — Paraffinomenasal et sa correction. — Il rend compte

d'un paraffinome opéré par lui, constitué par deux tumeurs allongées au bord du nez, comme deux ourlets qui iraient de la racine à la base et lui donneraient l'aspect d'un nez double. Il fit l'extraction de la paraffine par une incision linéaire moyenne et la remplaça par un faisceau de catgut qui donna un résultat excellent.

D'après lui les paraffines de haute fusion donnent de mauvais résultats dans la prothèse nasale, et il préfère les paraffines molles et mieux encore, dans certains cas, l'inclusion de filaments de catgut, matière organique qui produit moins de réaction de la part des tissus.

Discussion.

GEREDA, en s'appuyant sur 43 cas de prothèse nasale réalisée avec la paraffine, est de la même opinion que Rueda, quoiqu'il ne soit pas convaincu de l'emploi du catgut qui ne peut pas être moulé aussi bien que la paraffine, parce que la peau, à l'extrémité du nez, est difficile à décoller du cartilage surtout si l'incision est haute et parce que la piqûre d'une aiguille est moins visible qu'une cicatrice linéaire. Il détaille la technique qu'il emploie et fait remarquer que dans sa pratique, dans les ensemlements du nez produits par la syphilis ou l'ozène, cette prothèse ne donne pas de résultats à l'avenir. Elle ne réussit que dans les traumatismes.

BOTELLA trouve admirable, en théorie, l'inclusion du catgut sous la peau et croit qu'une transplantation Joseph d'un petit morceau d'os donnerait aussi des résultats excellents.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 novembre 1911.

J. BOSVIEL. — **Apoplexie d'un pilier amygdalien.** — L'auteur a pu observer un homme d'une cinquantaine d'années, sujet aux poussées congestives du côté de la gorge, et qui, à la suite d'un léger refroidissement, fut pris d'abord de picotements, puis s'étant couché là-dessus, fut réveillé en sursaut par une énorme boule flottant au milieu de son pharynx, qu'il essaya de cracher sans y parvenir.

L'ayant, en y portant le doigt, éraflée avec son ongle, il la sentit soudain se dégonfler, en même temps qu'il expectorait une énorme gorgée de sang. Le lendemain, à l'inspection, on constatait un pilier antérieur droit encore œdématié, rouge violacé, portant trace de l'égratignure faite la nuit, par où s'était échappé le sang. Des badigeonnages à l'adrénaline complétèrent heureusement la cure. Quelques jours plus tard, il n'y paraissait plus.

De ces faits, l'auteur se croit en droit de conclure qu'il a eu affaire à un cas d'apoplexie du pilier antérieur, comparable à ce qui se passe du côté de la luette. Cependant il n'avait jamais jusqu'ici vu ce fait signalé.

LUBET-BARBON. — Paralysie faciale consécutive à un lavage du nez par douche nasale. — Il s'agit d'un petit fait ; mais il vient grossir le nombre des accidents dus à l'emploi intempestif de la douche nasale : un homme de 39 ans a du catarrhe nasal habituel et fait chaque jour des lavages du nez au moyen du bock : au cours d'un de ces lavages, il ressent une vive douleur et l'oreille gauche s'assourdit et garde une sensation de tension et de plénitude. Quatre ou cinq jours après le malade se réveille avec une paralysie faciale. Il vient consulter 12 jours après le début de la paralysie. L.-B. en constate les symptômes habituels et complets ; du côté du tympan, il voit une rougeur diffuse et deux reflets pulsatiles postéro-inférieurs, l'audition est diminuée de $\frac{1}{3}$ environ ; le cathétérisme pratiqué avec douceur montre une caisse vide et l'audition est très améliorée. Pansement à la mèche. En quelques jours, guérison et rétablissement de l'audition. Quant à la paralysie faciale, elle a duré six semaines et s'est atténuée spontanément et progressivement.

L'auteur ne sait si cet accident des lavages du nez a déjà été signalé, mais il n'est pas pour le rendre plus favorable à cette méthode. Tous nous en connaissons les inconvénients ; aussi devons-nous rappeler les précautions à observer pour le rendre inoffensif : regarder si l'une ou l'autre narine est obstruée et dans ce cas avoir toujours soin de faire passer le liquide de la narine la plus étroite vers la narine la plus large, pour que l'eau prise entre une pression même minime et une résistance ne s'évade pas par l'une des impasses qu'elle trouve sur son passage. Dire au malade qu'il ne faut pas qu'il avale pendant que l'eau passe, car pendant la déglutition le pharynx se contracte et le pavillon tubaire s'ouvre, double condition pour favoriser l'entrée de l'eau dans la trompe. Dans ce but, lui recommander de tirer la langue hors de la bouche : on ne peut en

effet avaler tant que la langue est tirée, ce mouvement s'opposant à la contraction des muscles du voile du palais.

G. MAHU. — **I. Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie nasale.** — Comme suite aux études antérieures publiées par lui sur cette question (*Presse Méd.* du 10 février 1909 et *Annales des maladies de l'Oreille* septembre 1909) communique certains perfectionnements qu'il a apportés dans la technique opératoire, en vue principalement de faciliter l'examen, le curettage et l'hémostasie de l'antre maxillaire après trépanation de la paroi sinuso-nasale. Il présente les instruments suivants que le besoin lui a inspirés dans ce but et qu'il a fait construire par Collin : 1° Pince nasale emportepièce à retro, destinée à agrandir l'orifice de trépanation à la partie antérieure ; 2° Speculum nasi autostatique qui, accroché au bord antérieur de l'orifice de trépanation, tient seul dans la fosse nasale une fois que ses deux valves parallèles ont été écartées l'une de l'autre au maximum et donne un accès plus large dans le sinus maxillaire ; 3° Curette rigide en U pour effectuer le curettage des recessus antérieurs et inférieurs, lorsqu'il a été impossible de les éviter ; 4° Pince courbe à pansement, dont la forme facilite l'introduction des mèches destinées à pratiquer l'hémostase.

II. Un cas d'évidement pétro-mastoïdien avec conservation des osselets chez un enfant. — Présente une observation qu'il rapproche de deux autres similaires faisant l'objet d'un travail publié par lui dans les *Annales des Maladies de l'Oreille*, d'octobre 1910 et se rapportant à un otorrhéique âgé de huit ans dont l'audition aérienne était restée assez bonne et chez lequel il a pratiqué un évidement pétro-mastoïdien partiel, avec résection du pont de l'aditus ainsi que d'une partie du mur de la logette, mais conservation des osselets de l'ouïe malgré l'envahissement de l'aditus et de l'attique par les fongosités. Comme dans les deux cas antérieurs, le résultat définitif fut satisfaisant et l'audition améliorée. Mais M. attire surtout l'attention sur le fait suivant, qu'il existait chez chacun de ses trois malades une fistule mastoïdienne s'ouvrant dans le conduit auditif externe et à travers laquelle le pus paraissait s'écouler plus abondamment que par la perforation tympanique. Il pense que si, d'une part, la présence de cette fistule permet d'affirmer l'existence d'une lésion mastoïdienne grave, d'autre part elle fait espérer une moindre atteinte du côté des osselets de l'ouïe, parce qu'elle constitue une sorte de soupape de sûreté permettant la dérivation du pus venant de l'antre en lui offrant une route plus facile que celle qui passe par l'aditus et l'attique pour aboutir à la caisse.

Si donc, chez un otorrhéique non sourd, sans troubles labyrinthiques ni cholesthéatome, on se résout à tenter un évidement avec conservation des osselets, la découverte d'une fistule mastoïdienne débouchant dans le conduit paraît devoir affermir cette résolution.

GASTON POYET. — 3 cas de syphilis laryngée avec œdème traités et guéris par le 606. — Les 3 malades en question présentaient des troubles respiratoires graves : dyspnée, cornage et tirage. Ces troubles diminuèrent rapidement (48 heures) dès la première injection, puis rétrocedèrent en totalité.

L'auteur conclut que le 606 peut agir avec succès dans les syphilis laryngées s'accompagnant d'œdème; c'est-à-dire dans les cas où l'emploi de l'iodure de potassium est contre-indiqué et où les troubles respiratoires commandent d'agir vite.

C. J. KOENIG. — L'enfumage iodé. — L'auteur emploie cette méthode depuis sept ans dans le traitement de diverses affections de l'oreille. Il se sert d'une petite capsule métallique formée de deux hémisphères se vissant l'un sur l'autre et surmontés chacun d'un embout, l'un conique pour recevoir le pavillon d'une sonde d'Itard, l'autre cylindrique s'adaptant à l'appareil à air chaud de Lermoyez et Mahu.

Chaque hémisphère est garni d'ouate hydrophile; entre les deux couches on met un peu de la poudre :

Menthol.....	1 gramme.
Camphre) àà.....	2 grammes.
Iode pur)	
Poudre de talc	30 grammes.

En faisant passer le courant d'air chaud, la vapeur d'iode est entraînée et peut être dirigée dans l'oreille moyenne à travers la sonde d'Itard et la trompe d'Eustache ou par le conduit externe quand il y a une perforation du tympan.

L'auteur se propose d'essayer l'iodoforme dans les mêmes conditions : mais les vapeurs d'iode lui ont donné des résultats très appréciables dans certaines formes de suppuration chronique et d'otite scléreuse.

Il rappelle à ce propos le procédé indiqué par Paul Laurens qui emploie une solution concentrée d'iodure de sodium additionnée sur place d'une quantité égale d'eau oxygénée à 12 volumes : l'iode ainsi en liberté agit très activement.

Séance du 9 décembre 1911.

CHATELLIER. — Abscès du cerveau. Présentation de pièces. — L'auteur rapporte un cas d'abcès du cerveau d'origine otique où l'autopsie montra une communication avec le ventricule latéral. Il insiste sur la difficulté habituelle du drainage. De la discussion qui a lieu sur ce point (MM. Sieur, G. Laurens, Veillard), il résulte que la tendance actuelle est de supprimer le drain considéré comme plus nuisible qu'utile.

VIOLLET. — Hypertrophie de la luette avec excroissances polypoides nombreuses et récidivantes. — Il s'agit d'un adulte, qui vint me consulter à ma clinique le 27 juillet 1911. Il se plaignait d'une gêne dans la gorge, remontant au 4 juin précédent. A l'examen, je constate une énorme luette à laquelle étaient appendus trois prolongements polypeux volumineux. Il se plaignait de gêne de la gorge en avalant et il lui semblait sentir une arête de poisson dans le fond de la gorge. Le 26 juillet je lui fis une galvanisation de la luette et de ces excroissances. A deux reprises, il fallut encore, le 11 juillet et le 13 novembre, renouveler les cauterisations. L'intérêt du cas est qu'il paraît très rare. Les répertoires graphiques et les livres spéciaux consultés ne m'ont fourni aucun renseignement.

L. GIRARD. — Cellules périlabyrinthiques. — L'auteur présente des dissections sur temporaux secs, montrant, par la brèche de l'évidement pétro-mastoïdien, les trainées cellulaires qui franchissent la barrière du labyrinthe et s'étendent jusque dans la pointe du rocher.

Enumérons :

1^{re} Partant du bas de la caisse du tympan, passe sous le labyrinthe entre le canal carotidien en avant, la fosse jugulaire (quand elle existe) et l'aqueduc du limaçon en arrière, et aboutit dans la pointe sous le conduit auditif interne en bas et en arrière.

2^e Partant de la région antéro-supérieure du fond de la caisse, passe en avant du limaçon, le long du canal carotidien et de la trompe d'Eustache, et aboutit dans la pointe en bas et en avant,

3^e Partant du fond de l'aditus, contourne la branche ampullaire du canal s.-c. supérieur, passe au-dessus du conduit auditif interne, et aboutit dans la pointe en haut vers la crête du rocher.

4° Partant de l'antre, passe avec le canal antro-cérébelleux dans l'anse du canal s.-c. supérieur et aboutit au même point que la précédente.

5° Partant de l'antre, suit la crête du rocher, passe au-dessus de la jonction des canaux s.-c. supérieur et postérieur et aboutit au même point que les deux précédentes.

6° Partant de l'antre, passe en arrière du canal s.-c. postérieur et au-dessus de l'aqueduc du vestibule, puis en dedans de la jonction des canaux s.-c. supérieur et postérieur, et aboutit au même point que les trois précédentes.

7° Partant de la région inter-sinuso-faciale, passe en arrière du canal s.-c. postérieur et en dessous de l'aqueduc du vestibule, vient se confondre avec la traînée sous-labyrinthique.

Comme on le voit, l'auteur a trouvé de nombreuses routes de départ et seulement trois routes d'arrivée dans la pointe du rocher.

HUBERT. — Elimination en bloc des canaux semi-circulaires du côté gauche. — Trépanation mastoïdienne gauche en mai 1910 chez une fillette de cinq ans et demi, au cours d'une double otite aiguë datant de quelques jours et compliquant une scarlatine avec angine diphtérique. Formation consécutive de séquestre dans la plaie mastoïdienne. Evidemment en septembre 1910 ; mais la formation de séquestres continue et en avril 1911 on enlève à la pince un gros bloc osseux constitué par les trois canaux semi-circulaires complets sauf l'ampoule du postérieur et par la paroi supérieure du vestibule. L'enfant est maintenant complètement guérie.

HUBERT présente une jeune fille de vingt ans atteinte d'un **papillome de la trachée** très étendu avec diagnostic vérifié par un examen histologique.

L. CLOSIER montre un malade âgé de vingt ans qui, à la suite d'une **diphtérie grave** ayant débuté par les fosses nasales et s'étant étendue jusqu'aux bronches, présente une **perforation de la cloison** et une **perte de substance du bord gauche de l'épiglotte** qui est reliée à ce niveau par une adhérence cicatricielle à la paroi latérale du pharynx. Le Wassermann fait pour contrôle a été négatif.

L. CLOSIER. — Surdité bilatérale après 606. — A gauche, symptômes de paralysie complète de l'appareil cochléo-vestibulaire. A droite, diminution de l'audition, bourdonnements, vertiges. Injection journalière, pendant quinze jours, de deux cen-

tigrammes de biiodure de Hg. L'audition progresse à droite, les vertiges disparaissent ; mais l'état de l'oreille gauche ne change pas.

DELAIR. — Présentation d'un malade porteur d'un *larynx artificiel*, atteint d'anosmie (opéré en avril 1909).

Séance du 9 février 1912.

NEPVEU. — **Fracture médiane des cartilages thyroïde et cricoïde chez un adolescent.** — On sait que les fractures des cartilages du larynx sont très rares chez l'enfant et l'adolescent. De plus, lorsqu'elles se produisent chez ceux-ci au niveau du thyroïde, elles ne sont point vertico-médianes comme chez l'adulte, mais latérales, en raison de l'existence du cartilage médian de Renault. Voici pourtant un cas très net de fracture thyroïdienne vertico-médiane chez un adolescent. Garçon de treize ans, mordu au cou par un cheval. Pas de plaie cutanée, mais emphysème sous-cutané, dysphagie et dyspnée intenses. Ce malade, habitant la campagne, N... ne le voit que trois semaines après l'accident. Extrême amaigrissement, cornage, cyanose augmentant rapidement et faisant redouter une issue fatale imminente. Le thyroïde a une fracture vertico-médiane très nette à la palpation : les deux fragments sont écartés de 1 centimètre et demi ; le cricoïde est fracturé au milieu de l'anneau. A l'examen laryngoscopique, on voit la moitié gauche du larynx basculée au-dessus de la glotte qu'elle recouvre, ne laissant à l'air qu'un pertuis sinueux. Trachéotomie basse, l'opération montrant que la trachée est arrachée à son insertion cricoïdienne.

Revu dix mois après, ce malade, toujours porteur de sa canule, est en excellent état. La radiographie établit que l'os hyoïde était également lésé.

L'auteur ne croit pas que des interventions plus complexes (d'ailleurs refusées par le malade), telles que la laryngostomie, soient applicables ici en raison de l'étendue des délabrements et de la désinsertion trachéale.

SAVARIAUD et DUTHEILLET DE LAMOTHE. — **Un cas de méningite séreuse otogène guérie avec paralysie du moteur oculaire externe du côté opposé à la lésion auriculaire.** — Il s'agit d'une enfant de 8 ans $1/2$ entrée à l'hôpital Trousseau pour otite aiguë droite avec phénomènes mastoïdiens. A l'opération, on trouva un

vaste abcès extra-dural périsinuséux, s'étendant en arrière jusqu'à la fosse cérébelleuse.

Dès le lendemain de l'opération, l'enfant présente des vomissements et du nystagmus spontané horizontal. Puis, cinq jours après, brusque élévation de la température à 36° en même temps qu'apparaissent des symptômes méningés des plus nets. La ponction lombaire retire un liquide louche et fibrineux, ne contenant que de très rares éléments et sortant sous haute hypertension.

Sous l'influence des ponctions lombaires répétées, l'état général s'améliore, mais deux jours après apparaît une paralysie du moteur oculaire externe gauche, s'accompagnant de diplopie et de strabisme interne. En même temps, les secousses nystagmiques ont disparu de ce côté.

La guérison de la méningite séreuse fut complète au bout d'une vingtaine de jours. La malade présentée à la société présente un état général parfait. L'audition est suffisante, aucun trouble intellectuel. La paralysie oculaire existe encore très nette, mais est en voie de régression.

Dutheillet de Lamothe, qui présente la malade, fait remarquer qu'il ne s'agit pas là du syndrome de Gradenigo. Il insiste sur la rareté des paralysies de ce genre dont il n'a pu relever que cinq cas dans la littérature classique et qu'il se propose d'étudier ultérieurement.

MAHU. — Présentation de malades opérés de sinusite maxillaire par voie nasale et d'anciens épidémies.

R. FOY. — Respiration nasale et catarrhe chronique nasopharyngien. — L'auteur présente une malade soignée depuis plusieurs mois pour catarrhe naso-pharyngien, par badigeonnages du nez et du cavum sans résultat. — Guérison après six séances de rééducation respiratoire par l'air comprimé, l'infection chronique étant entretenue par l'imperméabilité fonctionnelle nasale.

L'auteur présente également une *ozéneuse* (atrophie) guérie depuis deux ans à la suite du traitement par l'air comprimé. Elle avait antérieurement essayé les traitements classiques sans résultats. Le traitement nécessite pour réussir : l'absence de complications (sinusite, ostéite); la collaboration du malade qui doit exécuter strictement les exercices très simples enseignés, agissant par leur répétition fréquente; le rétablissement d'une respiration nasale constante qui ne s'obtient que si le malade veut véritablement guérir.

M. CLOSIER a observé plusieurs cas de **Mastoïdite latente**. Il croit que l'absence de douleur à la pression sur la région apophysaire peut recevoir suivant les cas des explications différentes, mais qu'elle trouve parfois sa cause dans une disposition anatomique spéciale de l'apophyse mastoïde chez ces malades. Dans ces cas, la cavité antrale est profondément située et les lésions cantonnées dans les cellules pétreuses sont limitées en dehors par une lame osseuse compacte, vestige de la séparation primitive de la portion squameuse et de la portion pétreuse du rocher. Il présente à l'appui une pièce anatomique de la collection du docteur Girard.

JACQUES (Nancy.) — **Volumineux sarcome de l'amygdale opéré par les voies naturelles**. — Il s'agissait d'un homme de 48 ans qui éprouvait depuis deux mois une grande difficulté à parler et à respirer. L'isthme du gosier est obstrué par une masse volumineuse infiltrant tout le voile, plus saillante à gauche, de la dimension d'un œuf de poule, constituée par un tissu homogène, mollasse et saignant; son point d'insertion paraît répondre à la fosse amygdalienne; pas de ganglions.

La tête étant en position déclive, J. libère le pôle saillant du néoplasme en sectionnant sur le doigt avec des ciseaux le voile suivant son attache à la voûte osseuse; puis il incise au bistouri la muqueuse staphtylienue antérieure aux confins de la tumeur en circonscrivant celle-ci du côté de la branche montante de l'espace rétro-molaire, de l'amygdale linguale et enfin du repli pharyngo-épiglottique. Introduit dans l'incision, l'index dissocie aisément la masse néoplasique relativement encapsulée, sauf au niveau du pédicule amygdalien, où la dissection exige l'usage des ciseaux. Hémorragie assez forte bientôt tarie par forcipressure, ligatures et sutures au catgut. Suites simples. L'examen histologique a confirmé le diagnostic de sarcome.

NÉCROLOGIE

EGMONT BAUMGARTEN

On annonce la mort du Dr Egmont Baumgarten, privat docent de Laryngo-Rhinologie à Budapest, décédé le 7 avril 1912 à l'âge de 53 ans. Il exerçait dans cette ville depuis l'année 1886, où il devint directeur de la Section laryngo-rhinologique de la Polyclinique. Sa mort fut navrante. En préparant un serre-nœud pour faire une opération rhinologique, il se piqua le doigt avec le fil d'acier. Survint un phlegmon gangréneux grave : et le dixième jour apparut un coma mortel. Baumgarten était diabétique.

NOUVELLES

CONGRÈS.

Du 12 au 17 août se tient à Boston le IX^e Congrès otologique international. Les séances ont lieu dans les locaux de l'université Harvard. Le président du congrès est le Dr Clarence John Blake. Le secrétaire général le docteur Henry O. Reik. 506 Cathedral Street Baltimore.

Les langues officielles du congrès sont : l'allemand, l'anglais, le français, l'italien, l'espagnol.

Société belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie.

*XXII^e Congrès annuel tenu à Bruxelles,
sous la présidence de M. le Dr E. LABARRE, les 13, 14 et 15 juillet 1912.*

M. DELIE (Ypres). — Laryngite phlegmoneuse aiguë. — M. DE STELLA (Gand). — Quelques considérations sur les fibromes naso-pharyngiens. — M. VAN SWIETEN (Ixelles-Bruxelles). — Un cas de diverticule de l'œsophage; présentation de la pièce. — M. BROECKAERT (Gand). — Contribution à la chirurgie de l'hypophyse. — M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Cure radicale endonasale sous anesthésie locale de la sinusite maxillaire chronique. — M. HENNEBERT (Bruxelles). — Mastoïdite récidivante. — M. TRÉTHOP (Anvers). — La stérilisation instantanée des petits instruments d'oto-rhino-laryngologie dans la pratique courante. — M. DEPAGE (Bruxelles). — Une nouvelle chaise-fauteuil facilitant les examens et les opérations d'oto-rhino-laryngologie. — M. BROECKAERT (Gand). — Destruction du nez par cancer. Rhinoplastie, lambeaux latéraux. — M. LABARRE (Bruxelles). — Cancer du sinus maxillaire. Opé-

ration, Guérison. — M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Tuberculoses laryngées traitées par la thyrotomie ou la trachéotomie. — M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Laryngectomie totale; pharyngo-œsophagectomie en un temps pour cancer avec adénites. — M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Pharyngoplastie chez un homme de 71 ans, laryngopharyngectomisé depuis deux ans. — M. CHEVAL (Bruxelles). — Démonstration de gastroscopie. — M. LABARRE (Bruxelles). — Mastoïdite primitive; carie du rocher compliquée de pachyméningite fongueuse. Opération. Guérison. — M. BUYS (Ixelles-Bruxelles). — Présentation de cas de labyrinthites. — M. LABARRE (Bruxelles). — Un cas de labyrinthite diffuse. Guérison. — M. DESCARPENTRIES (Roubaix). — Nouveau procédé d'anesthésie générale par l'éther: sa valeur en oto-rhino-laryngologie. — M. DELSAUX (Bruxelles). — A propos du traitement de la rhinite spasmodique. — M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — Un cas de mucocèle ethmoïdo-frontale. — M. GUISEZ (Paris). — Nodules vocaux et laryngoscopie directe. — M. DELIE (Ypres). — Chorée du larynx. Audition phonographique. — M. GUISEZ (Paris). — De l'action spécifique du radium sur certaines formes de cancer de l'œsophage. — M. HENNEBERT (Bruxelles). — Zona otique. — M. TRÉTROP (Anvers). — Attaques épileptiformes par inflammation auriculaire périodique provenant d'adénoïdes. — M. MARBAIX (Tournai). — Un cas de thrombophlébite du sinus latéral et de la veine jugulaire droite avec mastoïdite silencieuse. — M. TRÉTROP (Anvers). — Phlébite septique et ostéite cervicale consécutives à une otite moyenne. — MM. BUYS (Ixelles-Bruxelles) et HENNEBERT (Bruxelles). — Mouvements de réaction d'origine vestibulaire sous l'influence du courant galvanique. — M. BUYS (Ixelles-Bruxelles). — La déviation dans la marche utilisée comme signe complémentaire à l'épreuve thermique. — M. MARBAIX (Tournai). — Accès de surdité hystérique avec double conscience.

XV^e Congrès de la Société Italienne de Laryngologie, Otologie et Rhinologie.

Ce congrès aura lieu à Venise du 17 au 21 septembre 1912.

Les sujets de rapports sont les suivants:

Valeur des inhalations dans la thérapeutique des voies respiratoires, par V. NICOLAI et F. LASAGNE.

Application clinique de la phonétique expérimentale par G. GRADENIGO et C. BIAGGI.

Toutes les communications devant être envoyées au président du Congrès, le professeur Poli, via Roma à Gènes.

IV^e Congrès national Espagnol d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Le IV^e Congrès national Espagnol d'Oto-Rhino-Laryngologie se tiendra à Bilbao les 26, 27, 28 et 29 août prochain.

Les Rapporteurs désignés sont: M. M. CISNEROS (de Madrid); Chirurgie du larynx, et TAPIA (de Madrid); Diagnostic des labyrinthites.

VIII^e Congrès international pour les maladies professionnelles, Vienne 1914.

La Société Allemande d'Otologie réunie à Hanovre a proposé comme

thème d'étude : Les maladies de l'oreille dans les professions industrielles, et nommé une commission de trois membres : MM. Prof. Dr WITTMACK (Iéna) — Prof. Dr Voss (Francfort). — Prof. Dr A. PEYSER (Berlin) chargés de rapporter sur le même sujet au 8^{me} Congrès international pour les maladies professionnelles dans l'industrie à Vienne en 1914.

La commission acceptera avec empressement la collaboration scientifique et documentaire de tous les médecins allemands. — Anatomie pathologique et expérimentation : Pr Dr Wittmack. Observation clinique : Pr Dr Voss. — Statistique et Morbidité ; Assurances sociales : Pr Dr Peyser.

NOMINATIONS

MM. MASSEI (Naples) et LERMOYER (Paris) ont été nommés Membres d'honneur de la Société de laryngologie de Vienne.

Le Pr Hajeck de Vienne a reçu le titre de Professeur Extraordinaire.

Le Pr A. J. TAPIA a été nommé membre de l'Académie Royale de Médecine de Madrid.

NOUVELLES DIVERSES

Nous lisons dans la *Revista Espanola de laryngologia, otologia y Rinologia* que le Dr Compaired de Madrid a pratiqué l'opération radicale de la mastoïde à l'un des fils du roi d'Espagne.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Diè Schwerhörigen in die Schule und der Unterich-für hochgradig Schwerhörige in Deutschland par le Pr Dr Hartmann (Heridenhein) Spemann, éditeur. Stuttgart, 1912.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

E

PARIS
eur.

S, etc.
ies.